فى الصحة النفسية

الدكتور
عبد المطلب أمين القريطى
أستاذ الصحة النفسية
عميد كلية التربية - جامعة حلوان

الطبعة الثالثة
١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م

توزيع دار الفكر العربى
٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة

فى الصحـــة النفسية

الطبعة الأولى
١٤١٨هـ - ١٩٩٨م

الطبعة الثانية
١٤٢٣هـ - ٢٠٠٢م

الطبعة الثالثة
١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م

إهداء

باقة حب ووفاء

إلى أستاذى الجليل وصديقى العزيز

الدكتور صلاح عبد المنعم حوطر

الذى اجتمعت فيه شمائل النفس المطمئنة ، والخلق النبيل ، والعلم الغزير .

متعه الله بالصحة والعافية ، وجزاه الخير الجزيل عن سائر تلاميذه .

الدكتور عبد المطلب القريطى

حول
النفس والشخصية
في القرآن الكريم

" ونفس وما سواها . فألهمها فجورها وتقواها . قد أفلح من زكاها . وقد خاب من دساها " (الشمس : ٧-١٠)

" وما أبرئ نفسي إن النفس لأمارة بالسوء إلا ما رحم ربي إن ربي غفور رحيم " (يوسف : ٥٣)

" لا أقسم بيوم القيامة . ولا أقسم بالنفس اللوامة " (القيامة : ١-٢)

" يا أيتها النفس المطمئنة . ارجعي إلى ربك راضية مرضية . فادخلي في عبادي . وادخلي جنتي" (الفجر : ٢٧-٣٠)

" فأما من طغى . وآثر الحياة الدنيا . فإن الجحيم هي المأوى . وأما من خاف مقام ربه ونهى النفس عن الهوى . فإن الجنة هي المأوى" (النازعات : ٣٧-٤١)

فهرست المحتويات

الباب الأول

رقم الصفحة

الصحة النفسية .. مفهومها ومناهجها ومظاهرها

الباب الثاني

مفاهيم أساسية في الصحة النفسية

الباب الثالث

فى محددات السلوك والشخصية

الباب الرابع

فى سيكولوچية الشخصية

الباب الخامس

المشكلات والاضطرابات النفسية والعقلية

الباب السادس

المنظمات الاجتماعية ودورها فى الصحة النفسية

مقدمة الكتاب

ليس ثمة شك فى أن الصحة النفسية السليمة هى إحدى الغايات السامية لعمليات التنشئة الاجتماعية والتربية ، وأن الشعور بالأمن والطمأنينة النفسية ، والإيجابية ، والفاعلية ، والرضا والسعادة وتحقيق الذات ، من أهم مقومات الشخصية القوية الناضجة التى ننشدها ونبتغيها .. لذا يسعى المرء للاستبصار بجوانب قصوره وضعفه ليعمل على علاجها أو الحد من آثارها السلبية على سلوكه ما أمكن ، مثلما يسعى للوعى بمواطن قوته كى ينميها ويستثمرها. ويحرص باستمرار على تعلم مهارات وأساليب سلوكية أكثر فاعلية تعينه على تجاوز العقبات التى تعترضه ، والمشكلات التى تواجهه ، وعلى تحقيق التوازن بين احتياجاته الشخصية من جانب ومطالب بيئته الاجتماعية من جانب آخر .

كما تحرص المجتمعات بمنظماتها ومؤسساتها المختلفة على تنمية واستثمار مايتمتع به أعضاؤها من طاقات وإمكانات ، و التوظيف الأمثل لثرواتها البشرية ، ونأمل أن يحدوها فى ذلك أمران : الأمر الأول هو تكامل شخصية الإنسان وتحسين أسلوب حياته لتحقيق ما تتوق إليه نفسه وترتجيه من شعور بالأمن والطمأنينة والسعادة ، أما الأمر الثانى فهو إضفاء صبغة أكثر توازناً وإنسانية على السباق المحموم من أجل السبق والهيمنة فى شتى مجالات الحياة العلمية والتكنولوجية ، والاقتصادية والسياسية ، والذى يلقى بظلال كثيفة على حياتنا النفسية ظاهرها التفوق والقوة والسيطرة وربما الرفاهية المادية ، وباطنها الضغط والإجهاد ، والتكالب والقلق والشعور بالتعاسة ، حتى أننا لنعجب من تصاعد معدلات الاغتراب والاضطراب النفسى والانتحار فى أكثر بلدان العالم تقدماً صناعياً ورفاهية مادية .

ولهذا فليس من الغريب أو التجاوز القول بأن كلا من الفرد والمجتمع قد أ صبحا في مسيس الحاجه الى علم الصحة النفسية بجهوده البحثية ، وخدماته التطبيقية الإنمائية والوقائية والعلاجية لمواجهة ما أفضى إليه العصر الراهن من قلق واغتراب يعصفان بالإنسان ويبددان طاقته النفسية ، نتيجة تلاحق التغيرات الاجتماعية ، وتعاظم الحضارة المادية الصناعية والتكنولوجية ، وتراجع - بل أكاد أقول انطفاء - القيم الروحية والفكرية ، وانكماش العلاقات الاجتماعية وسيادة المصالح الذاتية والمنافع الشخصية ،

واشتداد حمى التنافس والصراع سواء بين الأفراد أم الشعوب ، وتضخم الشعور "بالأنا" على حساب تخاذل الشعور "بالآخر " و"النحن" .

ويتناول موضوع هذا الكتاب الصحة النفسية من حيث مفهومها ومحكاتها ومظاهرها ، وعملياتها ، والشخصية مفهومها ونموها وأطرها التفسيرية المختلفة ، ومشكلاتها واضطراباتها ، والمتغيرات الأسرية والمدرسية ودورها فى الصحة النفسية .

وقد جاءت مادة الكتاب موزعة على ستة أبواب اشتملت على أربعة عشر فصلا ، تناول الباب الأول منها مفهوم الصحة النفسية ومناهجها والعلوم المتصلة بها ومحكاتها ومظاهرها ، أما الباب الثانى فقد اختص ببعض المفاهيم المحورية فى الصحة النفسية : كالدافعية والإحباط والصراع والقلق والميكانزمات الدفاعية . وقد عرضنا فى الباب الثالث لمحددات السلوك والشخصية وهى العوامل الوراثية والعوامل البيئية والتفاعل فيما بينهما .

واشتمل الباب الرابع (فى سيكلوجية الشخصية) على مفهوم الشخصية ونموها ونماذج من النظريات الأساسية التى تناولتها ، أما الباب الخامس فقد خصصناه للمشكلات والاضطرابات النفسية والعقلية وعرضنا فيه لنماذج من هذه المشكلات والاضطرابات فى مراحل العمر المختلفة ، وتناول الباب السادس بعض المنظمات الاجتماعية ودورها فى الصحة النفسية وعرضنا فيه للمتغيرات المؤثرة فى هذا الصدد لاثنتين من أهم هذه المؤسسات وهما الأسرة والمدرسة .

وإننى إذ أسجد لله حمداً على أن أعاننى على إخراج هذا الكتاب ، لأدعوه سبحانه وتعالى أن يحقق به النفع والفائدة للطلاب والباحثين والمهتمين بأمر الصحة النفسية ، إنه نعم المولى ونعم النصير .

الدكتور عبد المطلب أمين القريطى

مدينة نصر - القاهرة

أكتوبر ١٩٩٧م

الإنمـاء .. الوقايـة .. والعـلاج*

أ.د. محمد أحمد النابلسي
أستاذ الطب النفسي
ونائب رئيس الاتحاد العربي لعلم النفس

الإرتقاء بالمستوى العام للياقة النفسية بات هدفًا من أهداف المجتمعات ومتصدر لقائمة الأولويات فيها . فهذه اللياقة تحدد قدرة الأفراد على التوصل لتقدير أفضل لذاتهم ومعه خدمة مجتمعاتهم والرقي بها . من هنا ازداد الاهتمام بالصحة النفسية وتفرعت عنها ميادين واختصاصات جديدة كمثل علم نفس الصحة والعلاج الجسدي ومن ثم علم الوقاية النفسية وما يقتضيه من تكثيف المعلومات حول أسباب اعتلال الصحة والأجواء المساهمة في هذا الاعتلال .

وكتاب الدكتور عبد المطلب أمين القريطي «في الصحة النفسية» يأتي إستجابة لمجمل هذه الحاجات . وينطلق المؤلف من تعريف اللياقة النفسية على أنها الشعور بالزمن والسعادة وتحقيق الذات . وهذا يقتضي استبصار جوانب التصور والضعف وأيضًا إدراك مواطن القوة ودعمها لتجنب القصور ومواجهة المشكلات وصولاً إلى الموازنة بين الاحتياجات الشخصية ومطالب البيئة الاجتماعية .

وعلى هذا السبيل فإنه من الطبيعي أن تسعى المجتمعات، بمنظماتها ومؤسساتها المختلفة، من أجل تنمية طاقاتها وإمكانيات ثرواتها البشرية وتوظيفها بصورة أفضل . ومن هنا فإن كلاً من الفرد والمجتمع قد أصبحا بحاجة إلى علم الصحة النفسية بتصوراته وتطبيقاته الحديثة على الأصعدة الإنمائية والوقائية والعلاجية . ويأتي هذا الكتاب ليتناول الصحة النفسية وذلك عبر الفصول التالية :

أ- الصحة النفسية : ويتضمن : الصحة النفسية مفهومها ومناهجها ، الصحة النفسية محكاتها ومظاهرها .

---

* نقلاً عن : جريدة الأنوار اللبنانية . بيروت - الثلاثاء ٩ أذار ١٩٩٩. ص:١٥ .

ب- مفاهيم أساسية فى الصحة النفسية وتضمن : سيكولوجية الدافعية ، سيكولوجية الإحباط والصراع النفسى ، سيكولوجية القلق، والميكانزمات الدفاعية .

جـ- فى محددات السلوك والشخصية ويتضمن : العوامل الوراثية ، العوامل البيئية .

د- فى سيكولوجية الشخصية ويتضمن:فى مفهوم الشخصية ونموها، نظريات الشخصية .

هـ- المشكلات والاضطرابات النفسية والعقلية ويتضمن : مشكلات واضطرابات الطفولة والمراهقة ، الاضطرابات النفسية والعقلية ، المنظمات الاجتماعية ودورها فى الصحة النفسية ويتضمن :(الأسرة والصحة النفسية ، المدرسة والصحة النفسية) .

ومن خلال هذه العناوين العريضة للكتاب تتبدى لنا جهود المؤلف وسعيه للإحاطة بموضوع كتابه من مختلف الجوانب كى تستجيب لعنوانه ويقدم مختلف وجوه قضية كتابه وهى الصحة النفسية .

وبالانتقال إلى التفاصيل نجد اللمسات المميزة للمؤلف القريطى والتى تعكس خبراته وآرائه ووجهات نظره الخاصة فى المجال . فمن المعلوم أن موضوع «الصحة النفسية» بات اليوم موضوعًا محوريًا ومادة مقررة فى العديد من الفروع الجامعية بالاضافة إلى تقريرها فى فروع التربية وعلم النفس والطب النفسى . وعليه فإن المكتبة العربية زاخرة بالكتب التى تناقش موضوع الصحة النفسية وربما حمل العديد من هذه الكتب العنوان نفسه . لكن فرادة المؤلف وميزة كتابه تتجلى فى عدد من النقاط الهامة التى تعكس نضجه الأكاديمى وخبرته العملية . ومن هذه النقاط أود التوقف عند التالية منها :

١- إلتزامه مبدأ الـ نحن ومعه الاعتراف بالآخر وتجاوز القطيعة معه . وهذا الالتزام ينعكس فى توقف المؤلف عند جملة محطات (غالبًا ما تهملها كتب الصحة النفسية أو تعتبرها خارجة عن إطارها) وفى هذا المجال أركز على مايلى :

أ- مبدأ الفريق العلاجى:حيث الصراع الذى بلغ حد القطيعة بين الأطباء والاختصاصيين النفسيين وجعل هؤلاء يستبعدون بعضهم البعض فى الحديث عن مواضيع عديدة ومن بينها الصحة النفسية . اذ يركز الأطباء على النواحى البيولوجية (الوراثة - التشوهات الدماغية والكروموزومية واضطرابات الاختمار الكيميائى للدماغ... الخ) ويهملون أثر الأسرة والمحيط والمدرسة والعكس بالعكس .

أما الدكتور القريطى فهو يصر على الفريق العلاجى، المتابع لاضطرابات الصحة النفسية ويطرحه مؤلفًا من الطبيب النفسى والاخصائى النفسى والاخصائى الطبى- الاجتماعى .

ب- التوقف عند موضوع الأطفال غير العاديين وهو لايفرق هنا بين الطفل المعوق والطفل الموهوب ويناقش خصوصية كل منهما على حدة مستنداً فى ذلك إلى خبرته الواسعة فى المجال (انظر أعمال المؤلف) .

جـ-الاختصاصات المعنية بالصحة النفسية ويصنفها المؤلف على النحو التالى:علم النفس بفروعه النمو الاجتماعى والمرضى والإرشادى والإكلينيكى بالإضافة طبعاً إلى الطب النفسى والخدمة الإجتماعية . وهو بذلك لايتجاهل أى فرع معنى بالصحة النفسية .

٢- الاستعانة بالفروع الأخرى : كان من الطبيعى أن يؤدى حرص المؤلف على الإحاطة بموضوعه إحاطة كاملة إلى حاجته للإستعانة بمعلومات خارجة عن تخصصه الدقيق . فلجأ إلى الإستعانة بالمراجع الخاصة بكل فرع من الفروع المعنية بالصحة النفسية ، ناسبًا بأمانة علمية دقيقة كل معلومة لصاحبها وذاكراً اسمه فى سياق النص .

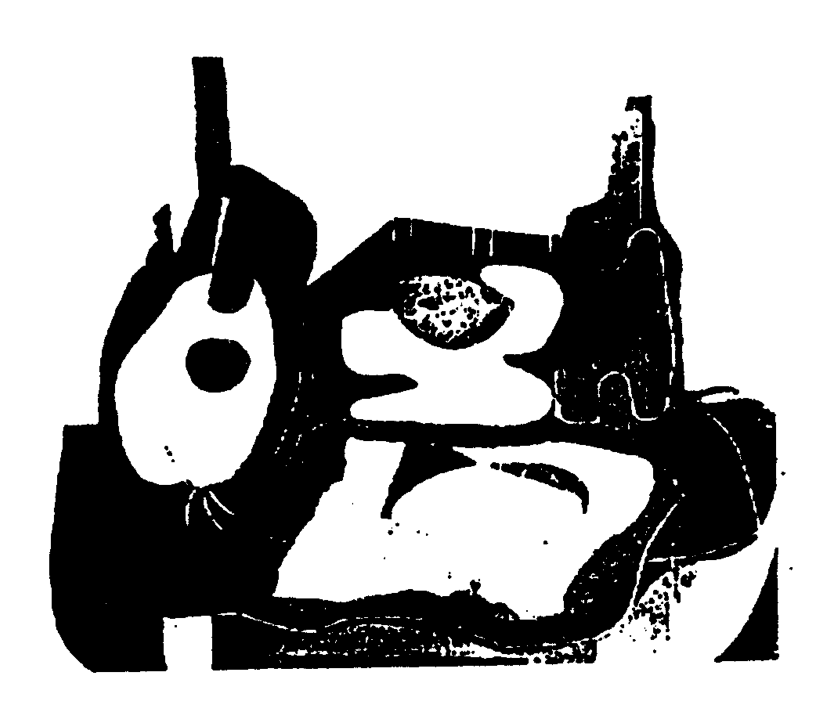
٣- الطابع المرجعى للكتاب : لم يقصر المؤلف اهتمامه على عرض المبادئ العامة للصحة النفسية بل هو اراد عرضًا موسوعيًا للموضوع فلو اخذنا عرضه لنظريات الشخصية مثلاً لوجدناه يعرض للنظريات المختلفة فى الموضوع (فرويد، أريكسون، بياجيه ... الخ) كذلك فى عرضه لمقاييس الصحة النفسية وهكذا

ويبقى أن نعطى فكرة خاطفة عن خبرات الدكتور القريطى وإنجازاته ، فالمؤلف حائز على جائزة الكويت للتقدم العلمى ومهتم بسيكولوجية الإبداع والأطفال غير العاديين . وهو واضع عدد من الاختبارات والمقاييس ومن مؤلفاته : مدخل إلى سيكولوچية رسوم الأطفال وسيكولوچية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ومبادئ علم النفس . وهو مدير مركز الإرشاد النفسى بجامعة حلوان .

يقع الكتاب فى ٥٢٠ صفحة من الحجم الكبير وهو صادر عن دار الفكر العربى بالقاهرة وللأمانة فإن شمولية نظرته للصحة النفسية قد لا تتاح للقارئ العربى إلا عبر الكتب المترجمة فى الموضوع .

الباب الأول
الصحة النفسية
مفهومها ، ومناهجها، ومظاهرها

الفصل الأول: الصحة النفسية .. مفهومها ومناهجها
الفصل الثاني: الصحة النفسية .. محكاتها ومظاهرها

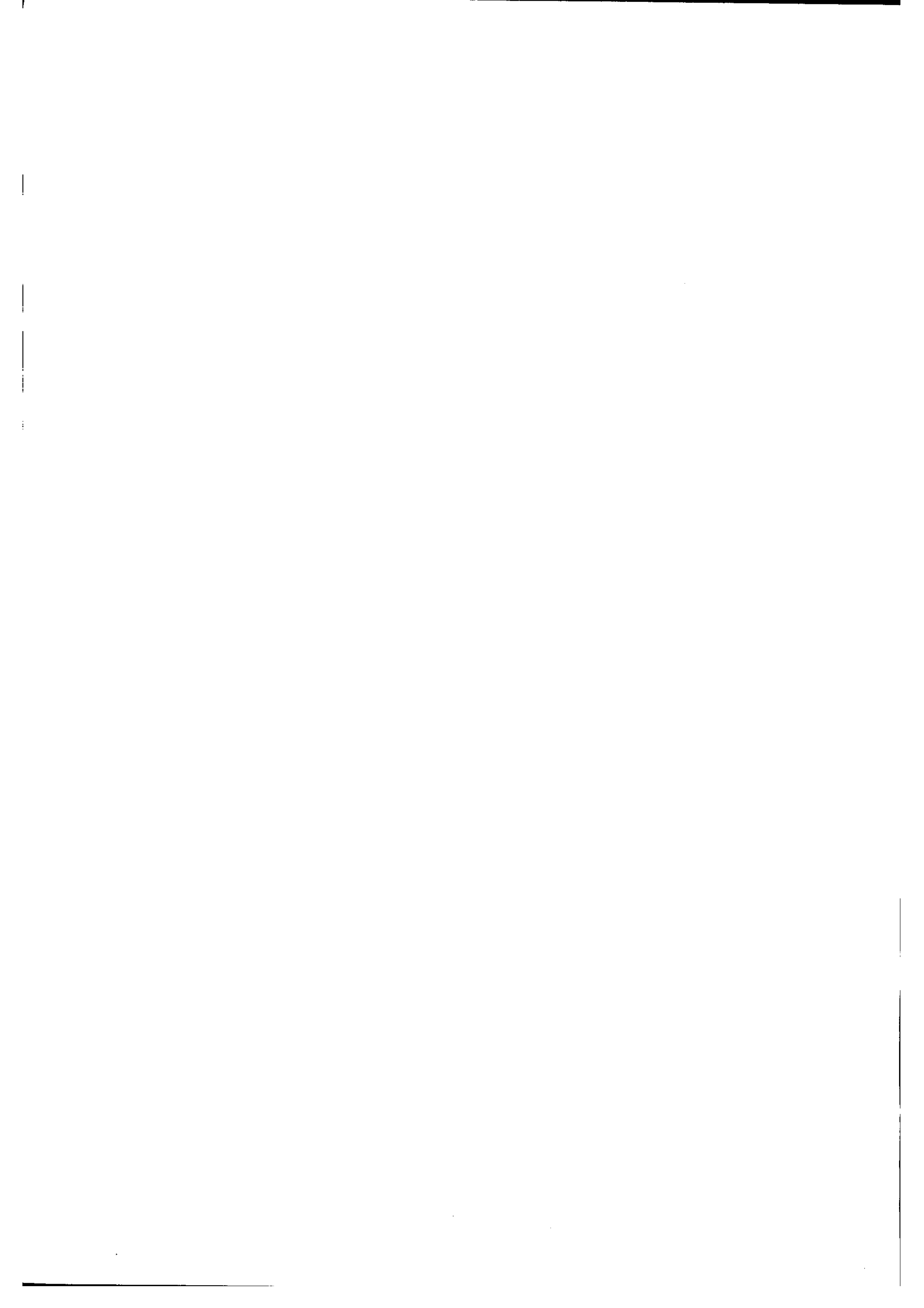


بابلو بيكاسو"طبيعة صامتة" ١٩٣٤



الفصل الأول
الصحة النفسية
مفهومها ، ومناهجها ، والعلوم المتصلة بها

- **علم الصحة النفسية**
- **فى مفهوم الصحة النفسية**
  - نسبية الصحة النفسية .
  - تعريفات الصحة النفسية .
- **مناهج الصحة النفسية ومستويات خدماتها .**
  - المنهج الإنمائى أو الإنشائى
  - المنهج العلاجى
  - المنهج الوقائى .
  - المنهج الوقائى .
- **التخصصات والعلوم المتصلة بها .**
  - علم نفس النمو
  - علم النفس المرضى
  - علم النفس الاكلينيكى
  - الخدمة الاجتماعية .
  - علم النفس الاجتماعى .
  - علم النفس الإرشادى .
  - الطب النفسى .



علم الصحة النفسية Mental Health

يعنى علم الصحة النفسية بالدراسة العلمية للشخصية فى حالاتها النفسية العامة المختلفة سواء العادية أم غير العادية سعياً إلى تمكينها من بلوغ حالة السلامة النفسية والعقلية ، و التوافق النفسى والفاعلية الاجتماعية ، والحياة الآمنة المطمئنة السعيدة فى مجتمعها ، كما يعنى بوقايتها من التعرض للاضطرابات النفسية والعقلية ، وبعلاجها منها.

وتتوزع اهتمامات علم الصحة النفسية بين مجالين أحدهما نظرى معرفى ، والآخر عملى تطبيقى . أما الجانب النظرى فهو يتمثل فى دراسة وتحليل وفهم مختلف العوامل النفسية ، والظروف البيئية الاجتماعية التى تمكّن الفرد من النمو النفسى نمواً سليماً ، ومن اكتساب مقومات الصحة النفسية الإيجابية ، والكشف عن المبادئ والقوانين المحددة لنشأة وتطور كل من السلوك العادى أو الصحى ، والسلوك المضطرب أو اللا توافقى .

أما الجانب العملى أو التطبيقى فيتمثل فى تطبيق ما تسفر عنه المعرفة النظرية فى هذا الميدان وغيره من ميادين علم النفس الأخرى - من مبادئ وقوانين - فى اتخاذ التدابير والإجراءات اللازمة لمساعدة الفرد على تنمية طاقاته وإمكاناته واستثمارها إلى أقصى ما يمكنها بلوغه ، ومساعدته على تحقيق توافقه النفسى فى مختلف المجالات التى يمارس فيها نشاطه ، وعلى مواجهة ما قد يعترضه من صعوبات ومشكلات بكفاءة ، وتحصينه أو وقايته من الانحرافات السلوكية والاضطرابات السيكوسوماتية والنفسية والعقلية ، والحد من انتشارها ، وتشخيصها وعلاجها لدى وقوعها .

وهكذا فإن لعلم الصحة النفسية اهتمامات معرفية تختص بالدراسة والبحث العلمى فى موضوعات بعينها ، كما أن له اهتمامات أخرى تطبيقية تنصب على تحقيق أهداف تنموية ووقائية للأصحاء والعاديين من الناس ، وأخرى علاجية بالنسبة للمشكلين والمضطربين منهم .

جدير بالتنويه أن هذه الاهتمامات تنحصر أساساً فى العوامل النفسية والظروف البيئية الاجتماعية ، وليس العوامل العضوية أو الفسيولوجية والعصبية التى يعنى بها

الأطبـاء النفسـيـون فى إطار مـيـدان آخر وثيق الصلة بالصـحـة النفـسـيـة هو الطب النفسى Psychiatry وسوف نزيد الأمر تفصيلا عند التعرض لهذه النقطة فى جزء لاحق من هذا الفصل .

فى مفهوم الصحة النفسية

نسبية الصحة النفسية :

تعددت التعريفات وتباينت بشأن مفهوم الصحة النفسية السليمة - كحالة راهنة للفرد - حيث اختلف الكثير من العاملين فى هذا المجال بصدد مفهوم الصحة النفسية وذلك لأسباب كثيرة لعل من أهمها ما أشار إليه عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٦) من اختلاف المنحى الفكرى لكل عالم أو باحث ، واختلاف وجهات نظرهم فى طبيعة الإنسان ، وما ينبغى أن تكون عليه صحته النفسية (ص ١٣) كما يذكر أيضاً أن مفهوم الصحة النفسية ذاته هو " مفهوم ثقافى ونسبى بطبيعته ، وهو متغير بتغير ما يجد علينا من معلومات عن الحياة ، وما ينبغى أن تكون عليه ، كما أنه يتغير بما نكتشفه عن أنفسنا وسلوكنا ، وما نحب أن نصل إليه فى حياتنا " (ص ٢٥) . ومن ثم فإن ما قد يعد سلوكاً شاذاً أو مرضياً أو انحرافياً أو غير معتاد فى مجتمع أو ثقافة ما ، قد لا يعد كذلك فعلاً فى مجتمع آخر أو فى ثقافة أخرى ، و ذلك تبعاً لمعايير هذا المجتمع وما تواضع عليه الناس فيه ، وتبعاً لمعطيات كل ثقافة واختلاف مفاهيمها ونسق القيم الخاص بها ، وما يشيع فيـها من اتجاهات وعـادات وتقـاليد وأنماط تفكير وتعبير تميزها عن غيرها من الثقافات ، وما يترتب على ذلك كله من نشاطات واهتمامات وأساليب سلوكية . ويبدو هذا التباين جلياً بين نظرة المجتمعات الغربية والأمريكية مثلاً ، ونظرة المجتمعات الشرقية كمجتمعنا المصرى بثقافته ومعاييره الاجتماعية والأخلاقية للكثير من الأنماط السلوكية .

كما يبدو هذا التباين فى النظر إلى بعض الأنماط السلوكية حتى فى داخل الثقافة الواحدة وفى المجتمع الواحد بين الجماعات المختلفة (كالريفيين والحضريين مثلاً) ، بل إن حياة المجتمع نفسه تتطور من وقت أو زمان إلى آخر ، وتتبدل مع هذا التطور والتغير نظرة الناس إلى بعض هذه الأنماط من فترة إلى أخرى فبعض الذى كان " عـادياً " بالأمس قد

أصبح اليوم " غير عادى " والعكس صحيح أيضاً .

هذا فضلاً عن عامل آخر يدعم الرأى القائل بنسبية مفهومنا عن الصحة النفسية ، وهو أن الإنسان ذاته أينما كان زمانه ومكانه الذى يعيش فيه يكون فى حالة صيرورة Becoming وتغير ونمو مستمرة ، فهو ينتقل من مرحلة نمو إلى أخرى ولكل منها طبيعتها ومشكلاتها ومطالبها ، فمرحلة الطفولة لا تماثل مرحلة المراهقة ، وكلاهما غير مرحلة الرشد أو مرحلة الشيخوخة ، ثم أن دائرة معارفه واهتماماته وعلاقاته ، وخبراته ومسئولياته تتسع شيئاً فشيئاً ، كما يتعلم مهارات وطرقاً جديدة لإشباع احتياجاته ولمواجهة مشكلاته التى يتعين عليه إيجاد الحلول المناسبة لها فى نطاق بيئته الاجتماعية ، بل إن توقعاتنا عن سلوكه وما يجب أن يكون عليه تتبدل كلما ارتقى مرحلة جديدة فى سلم النمو .

لذلك يمكننا القول أيضاً بأن ما كان " عاديا " فى مرحلة نمو معينة - كالحب المفرط للذات أو الأنانية فى الطفولة المبكرة ، أو مص الأصابع فى العام الأول ، أو الاعتماد على الأم أو التبول اللاإرادى قبل بلوغ العام الثالث من العمر - يعد مؤشراً على مشكلة سلوكية أو دليلاً على سوء التوافق إذا ما استمر مهيمناً على سلوك الفرد ذاته فى مرحلة نمو تالية : كالمراهقة مثلاً . وهكذا يستمد مفهوم الصحة النفسية جزءاً من ديناميكيته من طبيعة التغيرات التى تعترى الفرد من مرحلة نمو إلى أخرى .

وفى ضوء نسبية مفهوم الصحة النفسية تبعاً لاختلاف الثقافات والمجتمعات والأزمنة والأشخاص بل وتطور الفرد ذاته ونموه من مرحلة إلى أخرى ، نخلص إلى أنه توجد صعوبة بالغة فى إمكانية تحديد معايير ثابتة أو محكات عالمية للصحة النفسية ، فهذه المعايير والمحكات يجب أن تشتق من طبيعة البيئة الاجتماعية والإطار الثقافى الذى يعيش الفرد فى نطاقه فى زمان معين ، كما يجب أن تكون مرحلة نمو الفرد ودوافعه والمجال الذى يصدر فيه السلوك موضع اعتبار .

من زاوية أخرى فإنه يصعب أيضاً وضع حدود فاصلة أو قاطعة بين ما هو عادى من السلوك وما هو غير عادى ، ومن ثم بين ما يعد صحة نفسية سليمة وما يعد اعتلالاً أو

اختلالاً نفسياً . فالأفراد يتوزعون من حيث حالاتهم النفسية على متصل Continuum أحد طرفيه هو قطب الصحة أو حالة تمام التوافق ، أما الطرف الآخر فهو قطب المرض أو حالة سوء التوافق التامة ، وبينهما درجات متفاوتات تعكس مدى ما يتمتع به الفرد من حيث الصحة النفسية . وأغلب الأمر أن كلاً منا يقع على نقطة ما بين هذين الطرفين ، فليس هناك حالة تامة سواء من الصحة أم من حيث المرض .

جدير بالتنويه أن موقع الفرد على هذا المتصل وإن كان ثابتاً نسبياً ، إلا أنه ليس جامداً ، فقد يتغير وفقاً لحدود معينة بحكم طبيعة الظروف والأحداث التى يتعرض لها الفرد وتفاعله معها . وقد يكون هذا التغير تجاه الطرف الإيجابى (قطب الصحة) بتحسن هذه الظروف وتبدل نظرة الفرد لها ، أو تجاه الطرف السلبى (قطب المرض) نتيجة تعرضه لحادثة فاجعة أو فشل ذريع أو أزمة شديدة .

تعريفات الصحة النفسية :

يمكن تصنيف تعريفات الصحة النفسية عموماً فى فئتين هما التعريفات السلبية ، والتعريفات الإيجابية .

١ - التعريفات السلبية :

وهى تلك التعريفات التى عنى أصحابها باستبعاد صور السلوك غير العادى كما تتمثل فى الاضطرابات Disorders أو الانحرافات Perversions أو الأمراض Diseases النفسية والعقلية والسيكوسوماتية وغيرها من أشكال اختلال الصحة النفسية . وتعنى الصحة النفسية طبقاً لهذه التعريفات خلو المرء من الأمراض النفسية والعقلية ، أو غياب المرض أو العجز أو الوهن . وعلى الرغم من أن حالة الصحة أو السلامة لا يمكن فهمها إلا بالرجوع إلى حالة المرض نظراً لأن الأشياء تتميز بأضدادها أو معكوسها ، ومن أن هذه التعريفات لها قيمتها العملية ، إلا أنها تعريفات ناقصة وربما تكون مضللة . فمجرد الخلو من الاضطرابات قد يكون شرطاً ضرورياً فى تعريفنا للصحة النفسية لأنه يمنع مالا ينتمى إليها ، ومالا يتفق مع طبيعة حالة السلامة النفسية ، لكنه ليس شرطاً كافياً حيث لا يجمع كل مظاهرها وخصائصها الإيجابية .

من زاوية أخرى فإن الصحة النفسية ليست ماهو عكس المرض النفسى والعقلى ، وقد سبقت الإشارة إلى أن الشخص كامل الصحة المتوافق تام التوافق ، والشخص كامل المرض تام الاضطراب يكادان يكونان لا وجود لهما ، وإنما هناك درجات متفاوتة من الصحة سواء الجسمية أم النفسية .

كما أن الإنسان قد يكون معافاً من الأعراض المرضية ، لكن ذلك لا يعنى بالضرورة أن لديه مقدرة على الوفاء بمسئولياته الشخصية والاجتماعية ، أو على مواجهة ما يتعين عليه مواجهته من مشكلات أو أزمات بكفاءة ونجاح ، كما لا يحتم رضاه عن دراسته ، أو نجاحه فى عمله وعلاقاته ، أو شعوره بالطمأنينة أو بالإشباع أو بالسعادة فى حياته .

ب- التعريفات الإيجابية :

عنى أصحابها - على العكس من أصحاب التعريفات السابقة - بالتأكيد على بعض المظاهر الإيجابية : كالتوافق النفسى ، والنضج والثبات الانفعالى ، والرضا عن الذات وتحقيقها ، وغيرها مما سيرد ذكره تباعاً ، إضافة إلى الخلو النسبى من الأعراض المرضية وذلك فى تعريفاتهم للصحة النفسية .

ومن نماذج هذه التعريفات تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) للصحة بكونها "حالة من تمام الشعور بالسعادة أو الراحة Will being الجسمية والعقلية والاجتماعية ، وليس مجرد غياب المرض أو انتفاء العجز والضعف "

وتختلف هذه التعريفات الإيجابية للصحة النفسية تبعاً لاختلاف واضع التعريف من حيث ما يراه لازماً ومحدداً للصحة النفسية السليمة ، والإطار النظرى الذى يتبناه وينطلق منه .

فالمحللون النفسيون الكلاسيكيون - على سبيل المثال -* وعلى رأسهم فرويد يتحدثون عن الصحة النفسية السليمة فى ضوء مقدرة الأنا وتمكنها من حسم الصراع الدائر فيما بينها وكل من الهو " البهيمية " والأنا الأعلى " المثالية " والتوفيق بين هاتين

---

* سوف نعرض بشىء من التفصيل لهذه النظريات والتيارات فى الباب الخاص بمحددات الشخصية ونظرياتها .

المنظمتين ومطالب الواقع ، وعلى كبح جماح الهى وضبط غرائزها ودوافعها ، وكذلك على عدم الإغراق فى القيم المثالية بحيث لا ينفصل الفرد عن الواقع . كما أعطوا أهمية بالغة للخبرات الطفولية لاسيما فى خمس السنوات الأولى من عمر الفرد فى إرساء دعائم شخصيته وبنائها إما على أساس متين وإما على أساس متصدع ، وأكدوا على دور عدم النضج والتثبيت Fixation خلال مراحل النمو النفسجنسى Psycho - Sexual فى تكوين الانحرافات والاضطرابات النفسية .

وقد ظهرت اتجاهات تحليلية نفسية حديثة ربط أصحابها بين الصحة النفسية السليمة أو الشخصية " السوية " ومظاهر ومفاهيم أخرى : كالتوجه المنتج Productive Orientation والمقدرة على الحب والشعور بالتوحد والارتباط الوثيق بالأهل والوطن عند إريك فروم ، والإبداعية Creativity عند أوتورانك ، والعلاقات البينشخصية (المتبادلة) غير المتتالية Non Parataxic Interpersonal Relations عند سوليفان ، وإدراك الذات وتحقيقها Self Realization والمقدرة على إضفاء التكامل بين معظم الحاجات العصابية عند كارين هورنى .

أما أصحاب التيار الإنسانى من أمثال أبراهام ماسلو وكارل روجرز فقد نظروا إلى الإنسان على أنه كائن خيِّر بطبيعته حرٌ فى حدود معينة ، له وحدته وإرادته ، وقواه الفكرية والإبداعية الخلاقة ، ومشاعره الإنسانية وطموحاته ، وأنه يستطيع أن يحقق ذاته ووجوده الشخصى إذا ما اتيحت له الظروف التى تمكنه من ذلك . ورأوا أن المحافظة على الذات وتنميتها وتحقيقها Self Actualization وتحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقاً كاملاً من خلال احتضانه لمجموعة من القيم العليا منها الحق والخير والجمال ، والصدق مع النفس والآخرين ، والشجاعة والتفانى فى أداء العمل ، ومن خلال ممارسته لحريته ومقدرته على الحب والسمو ، وعدم اللجوء إلى حيل دفاعية يقصد بها تشويه الحقيقة ، يعد من أهم مظاهر الصحة النفسية السليمة .

ومن أمثلة التعريفات الإيجابية للصحة النفسية ما قدمه العلامة المصرى عبد العزيز القوصى (١٩٧٥ ، ٦-٨) حيث عرفها بأنها " التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة ، مع المقدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التى تطرأ عادة على

الإنسان ومع الإحساس الإيجابى بالسعادة والكفاية " .

ويحدد القوصى فى هذا التعريف ثلاثة شروط تتمثل فى كل من التوافق التام بين الوظائف النفسية ، ومقدرة المرء على مواجهة الأزمات وتكيفه مع ظروف بيئته المادية والاجتماعية المتجددة ، وإحساسه بالسعادة والكفاية . وهو يقصد بالتوافق التام خلو المرء من النزاع الداخلى وما يترتب عليه من توتر نفسى وتردد ، ومقدرته على حسم هذا النزاع حال وقوعه ، ويمكن تحقيق ذلك بتبنى فلسفة دينية أو اجتماعية أو خلقية . ويستطرد القوصى فى شرح تعريفه مؤكداً على بعض الاعتبارات الإنسانية والاجتماعية مشيراً إلى أن الصحة النفسية ليست هى ما يترتب عليه الكفاية والسعادة الفردية فقط دون مبالاة بصالح المجتمع والآخرين أو العكس ، فالأهداف الفردية يجب أن تؤدى إلى تحقيق الأهداف الاجتماعية ، كما أن الأهداف الاجتماعية يجب أن تؤدى بدورها إلى ضمان تحقيق الأهداف الفردية فى الوقت ذاته . كما يشير القوصى إلى أن التكيف الصحيح يتطلب ألا يقوم الأفراد بمجرد التلبية للمجتمع كما هو ، وإنما محاولة القيام بأنصبتهم فى إحداث تغير فيه ينقله إلى حالة أحسن مما هو فيها (ص :٨) .

ومن بين التعريفات التى تركز بصفة أساسية على مظاهر تحقيق الوجود أو تحقيق الإنسانية باعتبارها من أهم مظاهر الصحة النفسية السليمة للفرد تعريف عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٦ :٢١٣-٢٢٢) للصحة النفسية للفرد بأنها " حالته النفسية العامة ، والصحة النفسية السليمة هى حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة بما يؤدى إلى حسن استثماره لها ، ومما يؤدى إلى تحقيق وجوده أى تحقيق إنسانيته " .

ويحتوى هذا التعريف على شقين : الأول منهما ينص على حالة تكامل طاقات الفرد وهى طاقاته النفسية الأساسية التى تمكنه من مباشرة وظائفه النفسية المختلفة وهى الطاقات العقلية - المعرفية ، والانفعالية ، والدافعية ، بمعنى أن الصحة النفسية هنا لا تتوقف على طاقة معينة دون غيرها وإنما على تمايز هذه الطاقات بفعل عوامل النضج والتعلم ثم تكاملها معاً . أما الشق الآخر من التعريف السابق فيتضمن حسن استثمار هذه الطاقات مما يؤدى إلى تحقيق وجود الفرد ، أى إنسانيته . ويشير هذا الشق إلى مدى فاعلية الفرد وإنتاجيته من جانب ، وإلى تحقيق إنسانيته أى الصفات التى تميزه كإنسان

من جانب آخر . ومن ثم يحدد عبد السلام عبد الغفار أربعة مظاهر أساسية للتحقق من مدى تحقيق الفرد لوجوده وبالتالى صحته النفسية هى : الرضا عن النفس ، السمو والالتزام ، الوسطية ، والعطاء .

وعرّف حامد زهران (١٩٩٧ :٩) الصحة النفسية بأنها " حالة دائمة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً وانفعالياً واجتماعياً أى مع نفسه ومع بيئته) ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة ، وتكون شخصيته متكاملة سوية ، ويكون سلوكه عادياً ، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش فى سلامة وسلام " .

ويتضمن هذا التعريف مزيداً من المظاهر السلوكية والصفات الإيجابية للشخص المتمتع بصحة نفسية سليمة ، والتى يمكن أن تتخذ كأهداف نسعى إلى تنميتها وتأصيلها فى سلوك النشء من خلال عمليات التنشئة والتطبيع الاجتماعى والتربية ، والتوجيه والإرشاد النفسى والرعاية الاجتماعية بغية تحسين صحتهم النفسية والارتقاء بها .

ويمكننا تعريف الصحة النفسية السليمة بأنها :

حالة عقلية انفعالية إيجابية ، مستقرة نسبياً ، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة ، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه فى مجتمع ووقت ما ومرحلة نمو معينة ، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية.

الصحة النفسية السليمة وفقاً لهذا التعريف هى " حالة مستقرة نسبياً " أى تتسم بالدوام النسبى يمكن أن يبلغها المرء بدرجة ما ، وقد لا يبلغها ، كما أنها " حالة عقلية انفعالية " مما يعنى أنها ترتبط بالناحيتين العقلية والانفعالية أكثر مما ترتبط بالجوانب الأخرى : كالجانب الجسمى ، وهذا لا يعنى انتفاء العلاقة بين النفس والجسم فكلاهما يتفاعل مع الآخر ، يؤثر فيه ويتأثر به ، مثلما يتضح ذلك جلياً فى إحدى فئات الاضطرابات النفسية وهى الاضطرابات السيكوسوماتية التى تبدو فى بعض الأمراض

الجسمية الناشئة عن عوامل نفسية .

والصحة النفسية السليمة " حالة إيجابية " فهى تنتمى إلى قطب الصحة بدرجة ما أكثر مما تنتمى إلى قطب المرض ، كما أن هذه الحالة الإيجابية تعبر عن " تكامل " طاقات الفرد وإمكاناته ووظائفه المختلفة ، الانفعالية والعقلية ، والدافعية ، بما تنطوى عليه هذه الطاقات والوظائف من تنوع لتعمل معاً فى انتظام واتساق وانسجام دونما تعارض من خلال بنية الشخصية المتماسكة الموحَّدة .

كما أن حالة الصحة النفسية السليمة تعبر أيضاً عن " التوازن " أو عدم الاختلال بين جانبين هما قوى الفرد الداخلية : كدوافعه واحتياجاته ، وطبيعة قيمه واتجاهاته ، ومستوى طموحه ورؤيته الشخصية ، وغيرها مما ينبع من داخل الفرد من ناحية ، والقوى الخارجية : كالمعايير والضوابط والمنبهات والمتطلبات الاجتماعية ، وغيرها مما ينتمى إلى المجتمع الخارجى ، بحيث لا ينجرف المرء فى تيار إحدى القوتين دون اعتبار للأخرى .

على أن هذا التكامل بين الطاقات ، والتوازن بين القوى لا يتمان فى فراغ ، وإنما فى مجتمع معين ، وزمان بعينه ، ومرحلة نمو محددة . وهو ما يضفى على تلك " الحالة الإيجابية المستقرة نسبياً " دينامية وملاءمة وتفاعلاً ، ذلك أنها تتبلور وترتقى وتبلغ مداها الذى تتوجه إليه من الازدهار والاستقرار فى إطار مكانى وزمانى - بذاته - يعيش فيه الفرد ، وكذلك خلال مرحلة تطور أو نمو محددة يمر بها .

وتتمثل مظاهر هذه " الحالة الإيجابية " التى قوامها التوازن بين القوى ، والتكامل بين الطاقات فى فئتين مترابطتين أوثق الارتباط من المظاهر * آثرنا أن نطلق عليهما العافية النفسية ، والفاعلية الاجتماعية .

أ - العافية النفسية : ومظاهرها هى :

١- التكامل النفسى .

---

* سوف نورد بعضاً من التفصيل عن هذه المظاهر فى ختام الفصل الثانى (الصحة النفسية محكاتها ومظاهرها) من هذا الباب .

٤- ضبط النفس والتحكم فى الذات .

٥- السلوك العادى والخلو النسبى من الأعراض المرضية .

٦- الشعور بالسعادة مع النفس والآخرين .

٧- تبنى إطار قيمى إنسانى وأخلاقى .

٨- الرضا عن الذات وتقبلها وتحقيقها .

ب- الفاعلية الاجتماعية : ومظاهرها هى :

٩- التوافق الاجتماعى مع الآخرين فى المجالات التى يمارس فيها الفرد نشاطه .

١٠- الإيجابية وتحمل المسئولية .

١١- نجاح المرء فى عمله ورضاه عنه .

مناهج الصحة النفسية ومستويات خدماتها

هناك ثلاثة مناهج أساسية يقدّم على أساسها العاملون فى ميدان الصحة النفسية خدماتهم ، أو بالأحرى توجد ثلاثة مستويات لهذه الخدمات هى الوقاية والإنماء والعلاج :

١- المنهج الإنمائى أو الإنشائى Developmental

تستهدف خدمات الصحة النفسية فى هذا المستوى تهيئة الفرص والظروف التى تمكّن الأفراد العاديين من بلوغ أقصى ما يمكنهم بلوغه من النمو بشكل صحى ، والنضج والتوافق الشخصى والاجتماعى والأسرى والمدرسى والمهنى ، ويتضمن ذلك كل ما يبذل من جهود منظمة بالنسبة للمجتمع بأفراده وجماعاته لتنمية استعداداتهم وإمكاناتهم ومقدراتهم ، وإشباع احتياجاتهم وميولهم ، بحيث يمكن لهم الشعور بالكفاءة والرضا والسعادة وتحقيق ذواتهم من جانب ، والإفادة من طاقاتهم فى تقدم المجتمع بأقصى قدر ممكن من جانب آخر ، وذلك عن طريق :

أ - الكشف عن إمكاناتهم واستعداداتهم وتطلعاتهم ، ومختلف الظروف والقوى والعوامل المحيطة بهم ، وما قد يتعرضون له من صعوبات ومشكلات .

ب- توجيههم ومساعدتهم على تنمية إمكاناتهم واستعداداتهم واستغلال طاقاتهم بطريقة إيجابية ، وتدريبهم على المواجهة الفعالة للمشكلات ، والتفاعل المثمر مع بيئاتهم المادية والاجتماعية .

ويسهم مع المتخصصين فى تأمين خدمات هذا المستوى جميع القائمين على أمر التنشئة الاجتماعية ، ورعاية الأطفال والشباب والمسنين سواء داخل الأسرة أم المؤسسات التعليمية والشبابية ، وفى وسائل الإعلام ودور العبادة والمراكز الثقافية والصحية ، ومن خلال الجهود الحكومية الرسمية ، والأهلية التطوعية .

٢- المنهج الوقائى Preventive :

يُعنى فى هذا المستوى - شأن المستوى السابق - بالأفراد الأصحاء والعاديين من مختلف الأعمار ، كما يُعنى أيضاً بالمعرضين للخطر at risk : كالأطفال والمراهقين ، وأطفال الأسر المتصدعة والبيئات الفقيرة والمحرومة ثقافياً ، والأطفال اليتامى والجانحين والعاملين ، بهدف الحد من معدلات انتشار كل ما يعوق نموهم وتوافقهم وصحتهم النفسية السليمة عملاً بمبدأ الوقاية خير من العلاج . وذلك عن طريق :

أ - الوقاية من أسباب الانحراف والاضطرابات النفسية والعقلية ، والحيلولة دون حدوث الإعاقات المختلفة ، وتهيئة الظروف المواتية للنمو السليم ، والعمل على تحقيق السلامة والصحة الجسمية والحاسية والعقلية والنفسية والاجتماعية لا سيما خلال فترات التحول والانتقال الحرجة من مرحلة نمو إلى أخرى : كالطفولة والمراهقة .

ب- الكشف والتدخل المبكرين Early Intervention وذلك بغية تشخيص الاضطرابات ونقائص النمو والإعاقات فى مراحلها الأولى ، ثم العمل على تدارك أسبابها ومواجهتها قبل استفحال أمرها ، والحد ما أمكن من القصور الوظيفى المرتبط بها على الفرد ، والعمل على تجنب الظروف التى يمكن أن تؤدى إلى تفاقم المشكلات الناجمة عنها بحيث لا تتدهور الحالة إلى أبعد من الحد الذى وصلت إليه من ناحية ،

ويتم الحفاظ على ما يتمتع به الفرد من إمكانات واستعدادات يمكن تنميتها واستثمارها من ناحية أخرى . (عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٦: ٣٦) .

ويزداد إسهام المتخصصين فى ميادين الصحة النفسية والعامة وذوى الاحتياجات الخاصة فى هذا المستوى من الخدمات لما يتضمنه من إجراءات وقائية حيوية خاصة بالصحة العامة ، وإجراءات وقائية نفسية ، وذلك بالإضافة إلى الأسرة والمؤسسات التعليمية وأجهزة الإعلام وغيرها مما سبقت الإشارة إليه فى المستوى الإنمائى .

٢- المنهج العلاجى Remedial :

يختص هذا المنهج بتقديم الخدمات العلاجية للمرضى أو أولئك الذين يعانون من سوء التوافق بشتى أشكاله ، ومن الاضطرابات النفسية والعقلية ، وذلك عن طريق كفالة الوسائل واتخاذ الأساليب اللازمة لمساعدة هؤلاء الأفراد على تجاوز تلك الاضطرابات وبلوغ حالة التوافق الجيد والصحة النفسية السليمة . ويتضمن ذلك ما يلى :

أ - تشخيص نوع الاضطراب وتحديد أسبابه من خلال دراسة الحالة وتاريخها عن طريق جمع البيانات اللازمة عنها بالفحص الاكلينيكى ، والاختبارات والمقاييس ، والمقابلة وملاحظة السلوك وغيرها من وسائل جمع البيانات .

ب- العلاج النفسى : عن طريق السيطرة على أسباب الاضطراب وعلاج أعراضه ، وتعديل السلوك اللاتوافقى وتعلم أنماط سلوكية توافقية جديدة ، وتنمية مقدرة الفرد على تحمل الصدمات وألوان الحرمان والصراعات والإحباطات وتقبلها ، وزيادة كفاءته فى مواجهتها بتعليمه أساليب أكثر جدوى وفاعلية فى التغلب عليها ، والاستبصار بالذات وتنمية مفهوم موجب نحوها ، وتعزيز جوانب القوة فى شخصية المريض واستثمارها ، وتهيئة مناخ مشبع بالأمن النفسى والمساندة الوجدانية والتقبل والعلاقات الاجتماعية الدافئة .

ويتم العلاج النفسى عن طريق فريق متكامل يتضمن أطباء وإخصائيين ومرشدين نفسيين ، وإخصائيين ومعالجين وتستخدم فى العلاج النفسى طرق متعددة : كالعلاج

التحليلى ، والعلاج السلوكى ، والعلاج العقلانى ، والعلاج المركز حول العميل ، والعلاج الدينى ، والعلاج بالفن وبالموسيقى وغيرها . كما يسهم فيه فريق متكامل التخصصات يشارك فى الإجراءات التشخيصية الوقائية والعلاجية ، وكذلك إجراءات البحوث ، والأعضاء الأساسيون فى هذا الفريق - على نحو ما يذكر أحمد عبد الخالق (٧٢:١٩٩١) .

١- الطبيب النفسى Psychiatrist ويحمل بكالوريوس فى الطب إضافة إلى درجة الماجستير أو الدكتوراه فى الطب النفسى ، ويقوم بتشخيص الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية وعلاجها بالعقاقير والصدمات الكهربية وإجراء الجراحات إضافة إلى الطرق النفسية .

٢- الإخصائى النفسى الاكلينيكى Clinical Psychologist ويكون حاصلاً على الدرجة الجامعية الأولى على الأقل فى علم النفس ، ويوكل إليه تطبيق الاختبارات النفسية ؛ كاختبارات القدرات والميول والشخصية ، وملاحظة سلوك المريض للإسهام فى عمليات التشخيص وتقييم نتائج التدخل العلاجى والمتابعة والعلاج والتوجيه بالطرق النفسية .

٣- الإخصائى الاجتماعى الطبنفسى Psychiatric Social Worker ويكون من الحاصلين على الدرجة الجامعية الأولى فى الإجتماع من كليات الآداب أو بكالوريوس الخدمة الاجتماعية إضافة إلى دبلوم فى الخدمة الاجتماعية الطبية أو علم الاجتماع الطبى ، ويقوم هذا الإخصائى بدراسة الحالة وتاريخها ، وخلفيتها الأسرية وعلاقاتها الاجتماعية ، كما يشارك فى عملية العلاج لا سيما بطريقة ما يطلق عليه بالعلاج الاجتماعى Social therapy .

وتجدر الإشارة إلى أن هذا الفريق المتكامل يتسع ليشمل أعضاء آخرين بحسب الأحوال ؛ كالمرشد النفسى ، والممرض النفسى ، والمساعدين النفسيين ؛ كإخصائى العلاج بالفن والعلاج بالموسيقى والعلاج بالعمل والعلاج باللعب ، وإخصائى الكلام والتخاطب ، وإخصائى التدريب والتأهيل المهنى .

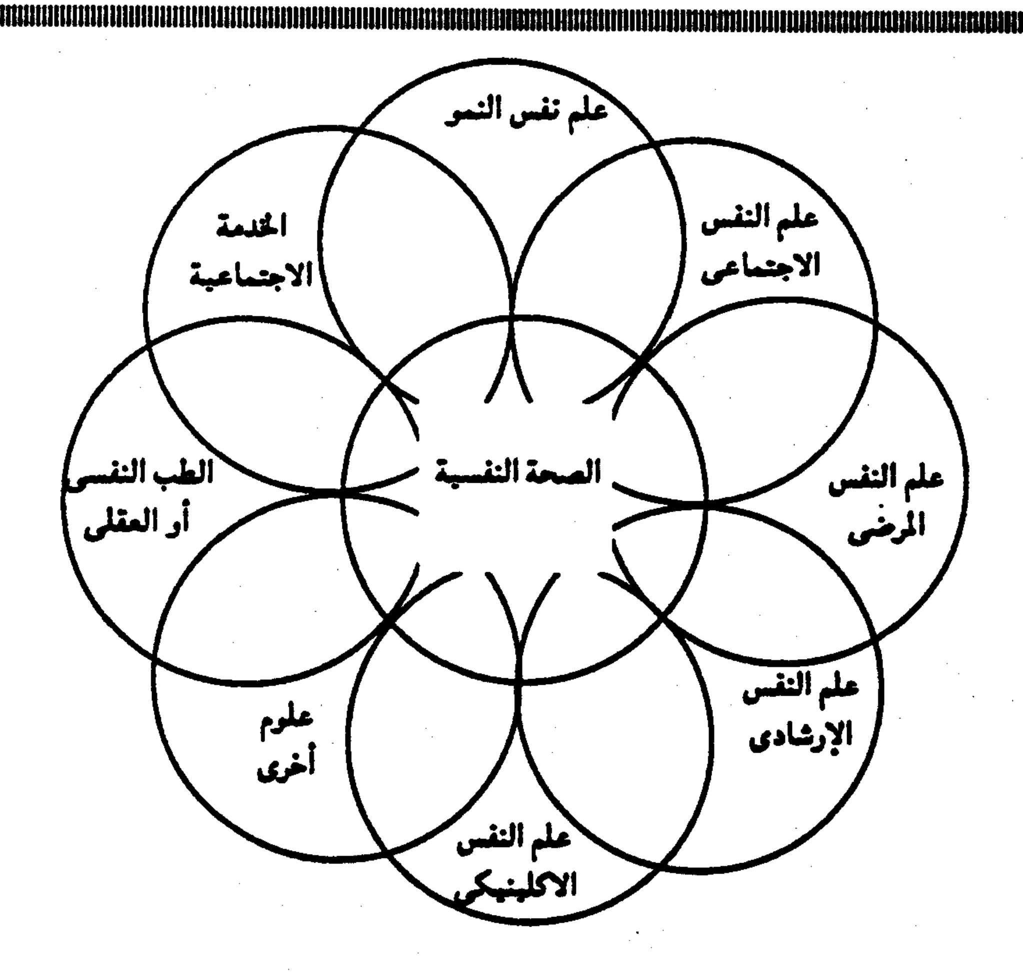
يفيد ميدان الصحة النفسية من المبادئ والقوانين والأسس النظرية ونتائج البحوث والممارسات المهنية والتطبيقية لبعض العلوم و التخصصات الأخرى وثيقة الصلة بهذا الميدان، ومن بين هذه التخصصات والعلوم ما يلى :

١ - علم نفس النمو .
٢ - علم النفس الاجتماعى .
٣ - علم النفس المرضى .
٤ - علم النفس الإرشادى .
٥ - علم النفس الاكلينيكى .
٦ - الطب النفسى أو العقلى .
٧ - الخدمة الاجتماعية .

١- علم نفس النمو Developmental Psychology :

يتناول علم النفس الارتقائى دراسة مراحل النمو المختلفة للفرد منذ لحظة الإخصاب حتى مرحلة الشيخوخة ، والتغيرات البنائية التى تطرأ على الجوانب العقلية والجسمية والحاسية والانفعالية والحركية فى كل مرحلة من مراحل الحياة (الجنين والطفولة والمراهقة ، والرشد والشيخوخة) وكذلك توصيف هذه التغيرات ، وبيان مطالب النمو ومعايير تقويمه والمبادئ العامة له ، كما يتناول محددات النمو والعوامل المختلفة المؤثرة عليه : كالعوامل الوراثية والفسيولوجية (الداخلية) والعوامل البيئية (الخارجية) الطبيعية والاقتصادية والثقافية وغيرها ، إضافة إلى دراسة أساليب التوافق الانفعالى والاجتماعى للفرد .

ولعلم نفس النمو أهميته البالغة فى مجال الصحة النفسية على أساس أن توافق الفرد يرتبط ارتباطا وثيقا بمراحل نموه وتغيراتها ، ومشكلات كل منها ومطالبها ، وطبيعة الظروف المحيطة بالفرد ، وما إذا كانت مواتية لنمو الفرد نمواً صحيحا سوياً أم معوقة لهذا النمو ومعرقلة له ، ومدى إشباعنا لاحتياجات كل مرحلة من مراحل النمو إشباعاً متوازنا دون إفراط أو تفريط لا سيما خلال مرحلة الطفولة التى يَعُدّها معظم الباحثين والعلماء



شكل (١) علاقة الصحة النفسية بالتخصصات والعلوم الأخرى

بمثابة أساس الشخصية فى بلوغها ورشدها .

٢ - علم النفس الاجتماعى Social Psychology :

يعد علم النفس الاجتماعى حلقة الوصل بين علم النفس العام الذى يعنى بدراسة سلوك الفرد واكتشاف قوانين هذا السلوك ودوافعه ، وعلم الاجتماع Sociology الذى يعنى بدراسة الجماعات والأمم والنظم الاجتماعية من حيث حياتها وتركيبها ، ونظمها وطرق استمرارها وتغيرها ، والمشكلات الاجتماعية المختلفة التى تعانى منها .

ويهتم عالم النفس الاجتماعى بالدراسة العلمية للفرد الإنسانى ككائن اجتماعى ، وبالتفاعلات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة بينه وأعضاء الجماعة التى ينتمى إليها ، وما يترتب على ذلك من نتائج ، أى أنه يعنى بدراسة سلوك الفرد فى سياقه الاجتماعى ومن

خلال الظروف و الأحداث والمواقف الاجتماعية ، كما يعنى بالكشف عن العوامل المؤثرة على سلوك كل من الفرد والجماعة ، وبالدراسة السيكولوجية للظواهر الاجتماعية والنفسية الناجمة عن تلك العلاقات والتفاعلات ، كالقيم والاتجاهات ، والروح المعنوية والشائعات والتنافس .

ومن أهم الموضوعات وثيقة الصلة بالصحة النفسية والتى يتناولها علم النفس الاجتماعى ما يلى :

- سيكولوجية الجماعة ، بناؤها وديناميباتها وتوزيع الأدوار فيها ، ومعايير السلوك بداخلها ومحدداته الاجتماعية .
- عملية التنشئة والتطبيع الاجتماعى ، وتأثير المنظمات الاجتماعية : كالأسرة والمدرسة والمجتمع على هذه العملية .
- الأمراض الاجتماعية والانحرافات السلوكية : كالجناح ، والسلوك المضاد للمجتمع ، وحالات الإجرام ، والأسر المتصدعة من حيث أسبابها ، وسبل الوقاية منها وعلاجها ، وعوامل التفكك والانحلال الاجتماعى ، والصراعات العنصرية والطبقية والطائفية ، وكذلك الاتجاهات والقيم والإصلاحات الاجتماعية . . وغيرها .

جدير بالذكر أن مثل هذه الموضوعات يندر وقد يستحيل تناول السلوك التوافقى واللاتوافقى للفرد بمعزل عنها ، ومن المعلوم أن عملية التوافق هى محور الدراسة والاهتمام فى ميدان الصحة النفسية من وجهة نظر كثير من العلماء والباحثين .

٢ - علم النفس المرضى Psychopathology :

وهو من الميادين النظرية لعلم النفس ويعنى بالدراسة النظرية لمختلف أشكال السلوك الشاذ : كالاضطرابات النفسية (العصابية) والعقلية (الذهانية) و السيكوسوماتية ، والانحرافات السلوكية ومنها السلوك الجانح والإجرامى والسيكوباتى ، وبالكشف عن محدداتها ، والقوانين والمبادئ التى تحكم نشأتها ، والأعراض المميزه لكل منها ،

وأسبابها ، وديناميانها وتطورها ، وتأثير كل منها على الشخصية .

٤ - علم النفس الإرشادى Counselling Psychology :

يعد علم النفس الإرشادى أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس ، وهو يعنى بمساعدة الأفراد العاديين - فرديا أم جماعيا - ممن يواجهون بعض المشكلات البسيطة أو المعتدلة سواء أكانت شخصية أم تعليمية أم مهنية أم زواجية أم غير ذلك من المشكلات التى لا تستلزم علاجاً نفسياً ، ولكن يُخشى إن تُرك أصحابها تحت ضغوطها دون مساعدة إرشادية أن يقعوا فى حبائل الاضطراب النفسى . ومن ثم تسهم الخدمات الإرشادية فى الصحة النفسية على المستوى الوقائى عن طريق التدخل المبكر للسيطرة على هذه المشكلات المعتدلة أو المشكلات فى مراحلها الأولى للحيلولة دون تفاقمها وإزمانها .

ويشير مصطلح الإرشاد النفسى إلى تلك العملية التفاعلية البنائية المنظمة التى تتم وجها لوجه بين طرف مؤهل ومدرَّب (المرشد) وطرف آخر - واحد أو أكثر - من الأشخاص الذين يشعرون بحاجتهم إلى خدمة إرشادية لحل مشكلته (مسترشد) . وتستخدم العلاقة المهنية فى هذه العملية وفقاً لفنيات وأساليب معينة بغرض مساعدة المسترشد على مزيد من الفهم لنفسه وإمكاناته والاستبصار بظروفه وأبعاد مشكلته ، وتحديد احتياجاته وأهدافه ، وتحليل الفرص والاختيارات المتاحة أمامه بحيث يصبح أكثر فاعلية فى السيطرة على مشكلته ، وأكثر مقدرة على اتخاذ أنسب القرارات فى حاضره ومستقبله ، ومن ثم أكثر توافقاً .

ويذكر فرج عبد القادر طه (١٩٩٤) أن الإرشاد النفسى لا تقتصر مهمته على علاج المشكلات السلوكية فحسب وإنما " يهتم أيضاً بمساعدة الفرد على اكتشاف قدراته ومواهبه ونقاط القوة والضعف فيه ، حتى يستفيد من كل ذلك فى التعرف على نوع الدراسة أو المهنة التى يتفوق فيها ويتوافق ، ويحقق فيها ذاته وطموحاته بنجاح واقتدار " (ص٢٧) .

وتتشعب مجالات الإرشاد النفسى لتستوعب مراحل حياة الإنسان من الطفولة إلى

الشيخوخة ، وفي ظروف الصحة والمرض ، ولتغطى كافة المجالات التى يمارس فيها نشاطه . فهناك إرشاد الأطفال ، وإرشاد الشباب ، وإرشاد المسنين ، والإرشاد الطلابى ، والإرشاد المهنى والإرشاد الدينى ، والإرشاد الزواجى ، وإرشاد الجانحين ، وإرشاد المجتمعات المحلية ، والإرشاد فى مجال الصحة النفسية . (محمد محروس الشناوى ، ١٩٩٦:٩) .

٥- علم النفس الاكلينيكى Clinical Psychology :

يقدم هذا الفرع من علم النفس خدماته بوصفه فرعاً تطبيقياً إلى المرضى النفسيين والعقليين تشخيصاً وتنبؤا وعلاجا ، أى إلى من ساء توافقهم واختلت صحتهم النفسية بالفعل ، كما يعنى بإجراء البحوث الخاصة بالسلوك العادى والشاذ .

ويجمل لويس مليكة (١٩٨٥) اهتمامات هذا العلم ومجالاته وموضوعاته الأساسية عندما يشير إلى أن الإخصائى النفسى الاكلينيكى هو الذى يستخدم - مع غيره من الإخصائيين فى الفريق الاكلينيكى - الأسس والتكنيكات والطرق والإجراءات السيكولوجية بقصد فهم ديناميات شخصية العميل ، وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته ، ومدى استجابته لمختلف صنوف العلاج ، ثم العمل على الوصول بالعميل إلى أقصى توافق اجتماعى - ذاتى ممكن (ص١٢) .

وهكذا تتركز مجالات اهتمام هذا العلم فى النواحى التشخيصية والتنبؤية والعلاجية للأحوال المرضية ومظاهر اختلال الصحة النفسية بالدرجة الأولى .

٦- الطب النفسى أو العقلى Psychiatry :

الطب النفسى هو أحد فروع الطب ، ويختص بدراسة الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية والضعف العقلى من النواحى الفسيولوجية والعصبية ، وتشخيصها وعلاجها معتمداً بصفة أساسية على العلاجات البيوكيميائية (العقاقير) أو الكهربية (الصدمة الكهربية) أو الجراحية ، إضافة إلى الطرق والأساليب النفسية كالعلاجات التحليلية والسلوكية وغيرها . كما يعنى هذا الفرع أيضاً بإجراء الدراسات المسحية الوبائية .

٧- الخدمة الاجتماعية Social Work :

تعد الخدمة الاجتماعية ميداناً للمعرفة والممارسة المهنية التى تستهدف تهيئة ظروف وأوضاع اجتماعية مواتية للأداء الاجتماعى الفعّال ، وللتفاعل الإيجابى والخلاق بين الفرد أو الجماعة من ناحية والبيئة من ناحية أخرى (هدف تنموى) والكشف عن العوامل المعوّقة للأداء الاجتماعى سواء أكانت كامنة محتملة أم أدت إلى اختلال هذا الأداء بالفعل ، ومنع ظهورها أو إزالتها أو التخفيف من حدتها ووطأتها على الأقل (هدف وقائى) . كما أن للخدمة الاجتماعية أساليبها المختلفة فى التدخل المهنى للعمل على حل - أو الحد من - المشكلات الناجمة عن اختلال التوازن بين الفرد - أو الجماعة - والبيئة الاجتماعية . (هدف علاجى) .

وتؤدى الخدمة الاجتماعية أهدافها ووظائفها التنموية والوقائية والعلاجية من خلال طرقها المعروفة وهى : خدمة الفرد ، وخدمة الجماعة ، وتنظيم المجتمع فى مجالات تطبيقية متعددة منها مجال الطب النفسى أو العقلى ، حيث يعنى الإخصائى الاجتماعى النفسى Psychiatric Social Worker بتقصى وتحليل الظروف الاجتماعية الكامنة وراء الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية عن طريق البحث الاجتماعى الشامل لحالة الفرد المضطرب ، وتاريخها التطورى سواء فى الأسرة أم المدرسة أم العمل أم المجتمع ، وعلاقاته وتفاعلاته الاجتماعية ، وذلك باستخدام الوسائل اللازمة فى هذا الصدد : كالمقابلة ودراسة الحالة .

كما يشارك الإخصائى الاجتماعى الطبنفسى فى عملية العلاج ذاتها من خلال ما يطلق عليه بالعلاج الاجتماعى (البيئى) وإزالة أو تخفيض الضغوط الواقعة على المريض من المحيطين به ، وتهيئة بيئة وأوضاع اجتماعية مساندة مواتية لتحقيق الأهداف العلاجية للحالة وحسن توافقها ، وكذلك من خلال التأهيل الاجتماعى للمضطربين بعد شفائهم ، والعمل على إعادتهم للحياة الاجتماعية الطبيعية ودمجهم فيها .

الفصل الثانى
الصحة النفسية .. محكاتها ومظاهرها

• أولاً : محكات السلوك العادى والسلوك غير العادى .

- المحك الذاتى .
- المحك الإحصائى .
- المحك الاجتماعى .
- المحك المثالى .
- المحك الباثولوجى .
- محك المواءمة بين نمو الفرد ومصلحة الجماعة
- محكات أخرى ذات طابع إجرائى .

• ثانياً : فى مظاهر الصحة النفسية السليمة .

- مدخل
- نماذج من توائم المظاهر .
- مظاهر الصحة النفسية السليمة .

- التكامل النفسى .
- التوافق النفسى .
- الاتزان الانفعالى .
- ضبط النفس والتحكم فى الذات .
- رضا الفرد عن ذاته وتحقيقها .
- إيجابية الفرد وتحمله للمسئولية .
- الشعور الإيجابى بالسعادة مع النفس والآخرين .
- نجاح الفرد فى عمله ورضاه عنه .
- تبنى إطار قيمى إنسانى وأخلاقى .
- السلوك العادى والخلو النسبى من الأعراض المرضية .

أولاً : محكات السلوك العادى والسلوك غير العادى

يبدى الفرد فى سياق تفاعله مع بيئته المادية والاجتماعية أساليب توافق وأنماط سلوكية مختلفة ، منها ما يعد اجتماعياً يحظى بقبول أفراد الجماعة التى ينتمى إليها ، ويتسق مع إطارها الثقافى ، فيوصف سلوكه بكونه عاديا أى مألوفا ، ومنها ما قد يكون خارجاً على هذا الإطار متعارضاً معه ومن ثم لا يحظى بقبول الجماعة ، فيوصف حينئذ بكونه شاذا أو غير عادى أى لم تألفه الجماعة من قبل ، وقد توصف شخصية الفرد ذاته - بناء على ذلك - بكونها عادية أو شاذة وغير عادية .

ويرتبط مفهوم الصحة النفسية - كحالة - بمظاهر سلوك الفرد وشخصيته هل هى عادية أم غير عادية أى مضطربة . وقد اقترح العلماء عدداً من المحكات المختلفة لتقرير ما هو عادى أو صحى من السلوك وما هو غير عادى أو مرضى ، وقد غلب على بعض هذه المحكات الطابع النظرى بينما غلب على بعضها الآخر الطابع الإجرائى أو العملى . ومن بين هذه المحكات ما يلى :

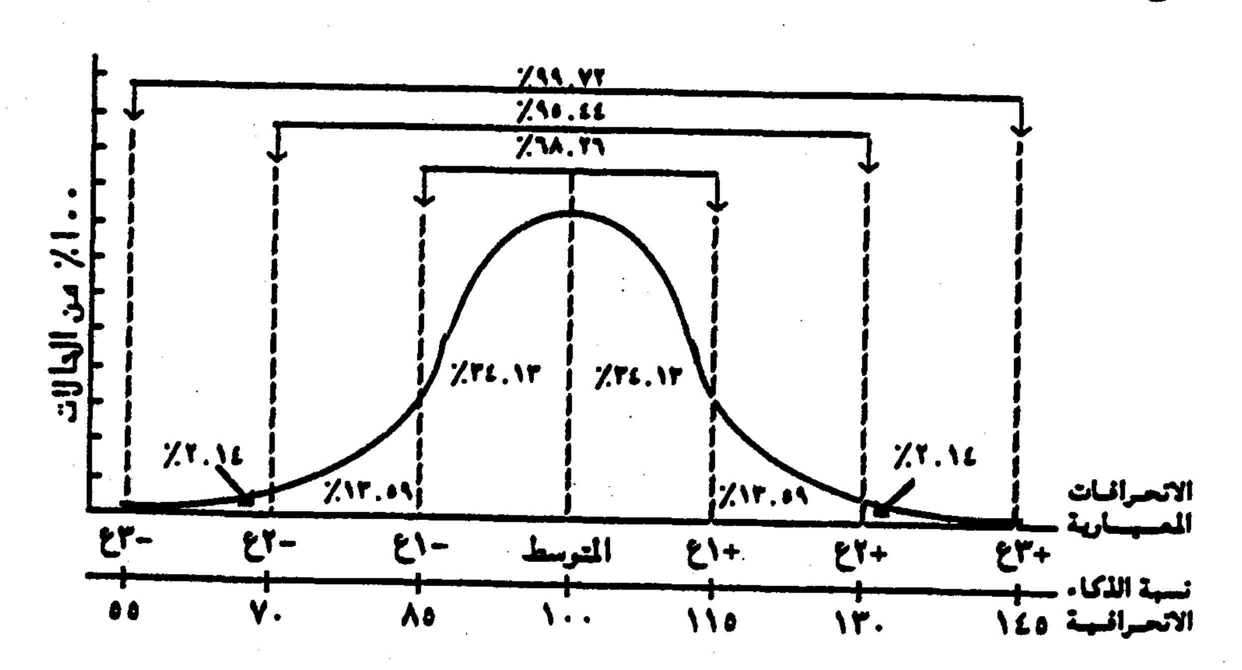
١- المحك الذاتى : Subjective Criterion :

كأن يحدد الفرد مجموعة من الأحكام أو المعايير (عدة قيم ومبادىء ، واتجاهات مثلاً) تكون بمثابة إطار مرجعى يحكم من خلاله على السلوك فما يتفق مع هذا الإطار يعد عادياً ومالا يتفق يعتبر شاذاً وغير عادى . ومثل هذا الاسلوب غير موضوعى لا سبيل إلى الاتفاق عليه ، لأنه يتعدد بتعدد الأشخاص كما يختلف من شخص إلى آخر .

وهذه الأحكام والمعايير التى يرتضيها المرء كمحددات لسلوكه وتصرفاته قد تفتقر إلى المقومات الأخلاقية والاجتماعية التى تستلزمها الحياة وسط جماعة معينة ، فالديكتاتور والأفاق والسارق ربما يرى نفسه متوافقاً سعيداً مستريح البال لأن سلوكه يتفق مع ما حدده لنفسه من معايير على أساس هواه الشخصى بصرف النظر عن الاعتبارات الأخرى التى تمس مصالح الآخرين .

٢- المحك الإحصائي : Statistical Criterion :

ويعتبر أن غير العادى هو من يشذ أو ينحرف عن المتوسط بمقدار وحدتين انحرافيتين معياريتين أو أكثر سواء سلباً أو إيجاباً فى خاصية أو مظهر ما ، فالمتفوقون عقلياً والمتخلفون عقلياً - من حيث الذكاء - غير عاديين ، وكذلك العمالقة والأقزام - من حيث خاصية الطول - وحادو الإبصار والعميان - من حيث خاصية الإبصار - وهكذا فى جميع جوانب الشخصية وخصائصها وسماتها . وطبقاً للأسلوب الإحصائى يفترض أن الخصائص تتوزع على البشر توزيعاً اعتدالياً حيث إن الغالبية العظمى من الأفراد (حوالى ٦٨.٢٦٪) - أى أكثر من الثلثين- متوسطون أو عاديون فى أية صفة ، على حين ينحرف بقدر ونسب مئوية متساوية بقية الأفراد إيجابياً أى بالزيادة فى هذه الصفة ، وسلبياً - أى بالنقصان فيها - إلى أن نصل عند أطراف ما يسمى بالمنحنى الاعتدالى لتوزيع الأفراد فنجد الفئتين الشاذتين أو غير العاديتين فى هذه الصفة (كالمتفوقين عقلياً والمتخلفين عقلياً) - بنسبة ٢.١٤٪ - لكل منهما . وذلك كما يتبين من الشكل التالى :



شكل (٢) التوزيع النظرى لدرجات اختبارات الذكاء على المنحنى الاعتدالى تبعاً لمقياس وكسلر (المتوسط = ١٠٠ ، الانحراف المعيارى = ١٥)

وحيث إن هذا المحك يقوم أساساً على درجة شيوع السلوك بين أفراد الجماعة ، فإن السلوك العادى بناء على ذلك هو ما يتفق مع سلوك الغالبية العظمى من الأفراد ، ومن ثم يعد الشخص المتوسط فى خاصية ما هو أكثر الأفراد سواء ، وتلك نظرة مجافية للحقيقة إلا إذا كنا بصدد الحديث عن خصائص جسمية : كالطول والوزن مثلاً - تنتشر بين الناس بشكل اعتدالى ، حيث يعد كل من ينحرف عن المتوسط فى أى منها شخصاً غير عادى أو شاذا .

إلا أنه عندما نتحدث عن مظاهر وخصائص عقلية أو اجتماعية أو سمات مزاجية انفعالية لها مقاييسها النسبية ، فإن هذا المحك لا يكون صالحاً بل إنه قد يصبح مضللاً . فما قد يكون شائعاً بين غالبية الناس فى مجتمع ما من مظاهر سلوكية وخصائص عقلية وسمات مزاجية ربما لا يعد مؤشراً صحيحاً على الصحة النفسية السليمة ، هذا من ناحية ، أما من الناحية الأخرى فإن الشذوذ وفقاً لهذا المحك الإحصائى يشتمل على نواحى الانحراف السلبية والإيجابية فكلاهما غير عادى ، بينما ينصب الشذوذ بالمعنى المرضى أو غير الصحى أكثر على بعض نواحي الانحراف السلبية : كضعف الأنا والشعور بالنقص والدونية ، والانطواء والاكتئاب ، والهذيان والهلاوس .. وغيرها مما يدل على سوء التوافق والاضطراب ، على حين قد تكون العديد من الانحرافات الإيجابية : كالتفوق العقلى والإبداع ، والثقة بالنفس والثبات الانفعالى ، وقوة الأنا والتوكيدية ، والاستعداد القيادى المرتفع تعبيراً عن الصحة النفسية السليمة فهى جميعاً صفات حميدة وخصائص محبذة ومرغوبة نسعى إلى تنميتها فى النشء ونحرص على استثمارها .

ومن الجدير بالذكر أنه على الرغم من أن " الشذوذ " بمعنى الانحراف عن المتوسط أو الشائع فى خاصية ما قد يترتب عليه نشوء مشكلات وصعوبات فى توافق الفرد مع بيئته أو مجتمعه ، إلا أن هذا الشذوذ لا يعبر أو لا يعد دالاً - بالضرورة وفى جميع الأحوال - على اعتلال الصحة النفسية فشذوذ الفرد عن المتوسط فى الناحية العقلية المعرفية (تفوق أو تخلف عقلى) أو فى ناحية جسمية (بدانة أو نحافة) ليس معناه أنه مريض نفسى أو عقلى . ومن ثم فإن الشذوذ أو الانحراف ليس مرادفاً فى جميع الأحوال لتدهور الصحة النفسية وإن كان سوء التوافق واعتلال الصحة النفسية يعد شذوذاً .

٢- المحك الاجتماعي : Social Criterion :

وهو معيار نسبي يختلف من مجتمع إلى آخر لأن لكل مجتمع معاييره وثقافته وتقاليده وقيمه وأهدافه التي يختلف فيها عن بقية المجتمعات بل وربما يتعارض معها ، وطبقاً للمحك الاجتماعي فإن الفرد العادى هو الذى يسلك وفقاً لقيم المجتمع وعاداته ويساير ما تقبله الجماعة وتتفق عليه من اتجاهات وأساليب سلوكية بل ويلتزم بها ، أما الفرد غير العادى فهو الذى يبدى سلوكاً مناقضاً أو غير مألوف بالنسبة لقيم الجماعة وقوانينها ويخرج على أعرافها الاجتماعية . بمعنى أن الأسلوب الاجتماعى فى التمييز بين العادية وغير العادية يعتمد على مدى مسايرة الفرد المعايير الاجتماعية Social Norms .

ويعد هذا المحك محكاً نسبياً يختلف من مجتمع لآخر ، فكل مجتمع له ثقافته بما تشتمل عليه من عادات وتقاليد ومعتقدات وقيم وأهداف ونمط حياة والتى يَغْلُبْ أن يختلف فيها عن بقية المجتمعات ومن ثم فإن ما يبدو " عادياً " فى مجتمع ما كالمجتمعات الغربية والأمريكية من أمثال الإباحية الجنسية أو الجنسية المثلية يعد مرفوضاً و " غير عادى " فى مجتمعات أخرى كالمجتمع المصرى بل إنه محرم . كما أن المعيار الاجتماعى يتطور بتطور حركة المجتمع وأهدافه ومتغيرات ثقافته مما يترتب عليه تغير النظرة لما هو عادى وما هو غير عادى : فالثأر كان منذ فترة طويلة ظاهرة " عادية " فى صعيد مصر ، واليوم يعد شيئاً " غير عادى" ، كما أن خروج المرأة لميدان العمل وتقلدها أعلى المناصب فى المجتمع أصبح الآن أمراً عادياً بعد أن كان خروجها وتعليمها شيئاً غير عادى منذ عشرات السنين .

ولعل من أكثر المآخذ على المعيار الاجتماعى فى الحكم على السلوك العادى وغير العادى أن الإنسان هو المرجع لسلوك الإنسان ، ومن ثم يُخْشَى أن يتأثر بذاتيته ومصلحته وقصوره فى وضع المعايير والضوابط السلوكية ، كما أن المجتمع ذاته قد يمرض وتشيع فيه نظم جائرة أو تتفشى فيه ظواهر مرضية فى جوهرها : كالرياء والنفاق والكذب ، لكن يراها البعض وسائل عادية للنجاح فى علاقاته وتفاعلاته الاجتماعية التى هى مظهر من مظاهر الصحة النفسية ، فهل هى وسائل أو مظاهر " عادية " حقيقية ؟ وهل مسايرتها تعد دلالة على الصحة النفسية حقاً ؟؟

ويذكر عبد العزيز الشخص (١٩٨٥) أنه يمكن الركون إلى هذا المحك إذا ما تأكدنا من أن معايير المجتمع وقيمه وعاداته وتقاليده تأتى عن مصدر لا يأتيه الباطل من بين يديه ولا من خلفه ، مصدر لا تكون له مصلحة مباشرة أثناء سن القوانين والتشريعات ، ويتنزه عن الزيف والإجحاف والهوى ، وهو الله سبحانه وتعالى ، وفى هذه الحالة يمكن القول إن ما يمارسه أفراد الجماعة يعد عادياً طالما أنهم يلتزمون بما أنزل الله وهو الحق (ص:٢٠٦) .

٤- المحك المثالى : Idealistic Criterion :

يعتبر أن الشخص العادى أو السوى هو " المثالى " أو " الكامل " فى كل شىء ، وأن الشخص غير العادى أو الشاذ هو من ينحرف عن الكمال أو المثل الأعلى . ولما كان من الصعب أو بالأحرى من المستحيل أن يبلغ فرداً ما مرتبة المثالية ، فإن ما نستنتجه طبقاً لهذا المحك أن المثاليين سيكونون أقلية نادرة ، على حين ستصبح أغلبية الناس شاذة بحكم انحرافها عن المثل الأعلى ، ذلك أننا فى الواقع نجاهد سعياً نحو الاقتراب من هذا المثل الأعلى ، لكن المثالية المطلقة أو الكمال المطلق هى حالة صعبة المنال بل يستحيل على الإنسان بلوغها ، فالكمال لله وحده سبحانه وتعالى بينما النقص من شيم البشر الذين هم محدودن بحدود بشريتهم وقصورهم ونزعاتهم . فمن منا خال تماماً من توتر أو قلق ؟ ومن منا لم يسيطر عليه خوف فى لحظة ما ، أو لم ينتابه هاجس أو همُ أو ضيق ؟ ومن منا لم يعتره إحباط ؟ أو لم يذق مرارة فشل أو خيبة أمل ؟ ومن منا لم يشعر بذنب أو إثم ؟ أو لم يتسلط عليه خاطر مزعج أو فكرة مؤرقة أو رغبة جامحة ؟ أو لم يتملكه وسواس خنّاس فى يوم من الأيام ؟

٥- المحك الباثولوجى أو الطبى : Pathological Criterion :

يعتمد هذا المحك على الأعراض المرضية للاضطرابات النفسية والعقلية كأساس لتصنيف الناس إلى عاديين وشواذ أو منحرفين . فالشواذ هم من يغلب على أنماطهم السلوكية أعراض مرضية كالهلوسات والاضطرابات اللغوية والانفعالية واضطرابات التفكير مثلما هو الحال عند بعض الذهانيين ، ومن ثم يجب عزلهم لحمايتهم من أنفسهم وحماية المجتمع من أخطارهم .

ويؤخذ على هذا المحك أنه لا يعنى سوى بالحالات شديدة الاضطراب ممن يتوقع أن يصيبوا أنفسهم أو المحيطين بهم بسوء ، ويعجزن عن القيام بشئونهم الخاصة ومن ثم يكونون فى حاجة إلى رعاية طبية واجتماعية خاصة ، بينما هناك حالات أقل شدة من حيث اضطرابها أو اعتلال صحتها النفسية ولا تمثل خطرا شديداً سواء على نفسها أم على الآخرين يستوجب عزلها : كبعض المخاوف المرضية التى تتملك شخصاً ما ، ومنها الخوف من التلوث أو الظلام أو من حشرة بسيطة ، مما يدفعه إلى سلوكيات مبالغ فيها كالإفراط فى غسل اليدين كلما صافحه أحد . وعلى الرغم من أن هذا الشخص يمارس أسلوباً سلوكياً غير عادى ، وأن هذا الأسلوب قد لا ينطوى على خطورة شديدة تدرجه ضمن مظاهر الشذوذ وفقاً للمحك الطبى ، إلا أنه يستلزم الفحص اللازم لفهم العوامل التى أدت إلى حدوثه ، ومساعدته على حل مشكلته وتعديل سلوكه الشاذ .

٦- محك المواءمة بين نمو الفرد ومصلحة الجماعة :

قدّم چيمس كولمان J. Coleman هذا المحك كبديل عن المعايير الاجتماعية فى التمييز بين السلوك العادى وغير العادى ، فقد رأى أن المسايرة الاجتماعية وإن كانت أمرا ضروريا لاستمرار الجماعة " إلا أن أفضل محك لتحديد العادى من السلوك لا يكون فى مدى تقبل المجتمع لسلوك معين أو رفضه له ، وإنما يكون فى مدى ما يوفره هذا السلوك من نمو و تحقيق لإمكانات الفرد والجماعة ، فإن أدت المسايرة الاجتماعية إلى مزيد من النمو للفرد وللجماعة ، اعتبر السلوك عادياً ، أما إذا لم تؤد إلى مزيد من النمو و تحقيق إمكانات كل من الفرد والجماعة اعتبرت سلوكاً مرضياً " (عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٧٦: ٦٥) .

وهكذا فإن السلوك العادى هو ما يحقق نمو الفرد كما يتمثل فى تحقيق إمكاناته ، ويحقق صالح الجماعة كما يتمثل فى استقرارها وتقدمها فى آن واحد ، بينما السلوك غير العادى هو ما لا يحقق أيا من الجانبين أو كليهما . ويشير علاء كفافى (١٩٩٠: ٥٠-٥١) إلى أن هذا المحك يتعدى حد الاهتمام بالتوافق الاجتماعى للفرد إلى الاهتمام بالظروف الاجتماعية التى تيسر للفرد حرية الحركة وتحقيق إمكاناته وتهيىء لحدوث هذا التوافق ، كما يشير إلى أنه من أكمل المحكات وأدقها ، إلا أنه يواجه صعوبات بالغة فى ميدان التطبيق العملى لعدم وضوح الحدود بين الفرد والمجتمع ومشكلة

العلاقة بينهما ، فبعض النظم الاجتماعية والاقتصادية تغلب صالح الجماعة على حساب الفرد ، وإذا ما تعارضت مصلحة الجماعة مع المصلحة الفردية فإنها تضحى بصالح الفرد فى سبيل المصلحة العامة ، وبعضها الآخر يذهب مذهباً عكسياً .

٧- محكات أخرى ذات طابع إجرائى :

نظراً لما غلب على المحكات السابقة من طابع نظرى ترتبت عليه صعوبات جمة فى مجال التطبيق العملى لها ، وتفادياً لما أثير بشأن سلبياتها ، فقد لجأ بعض الباحثين إلى اقتراح إما بعض المحكات الأكثر إجرائية من الناحية العملية أو وضع قوائم بمظاهر أو مؤشرات يمكن ملاحظتها فى سلوك الفرد لتقرير مدى ما يتمتع به من صحة نفسية سليمة :

ومن بين هذه المحكات ما اقترحته مانيرجودا (Jahoda, 1958) من محكات للحكم على ما أسمته بالصحة النفسية الإيجابية كما يلى :

١- الاتجاه نحو الذات : يشمل الوعى بالذات وتكوين مفهوم واقعى وموضوعى عنها ، والإحساس بالهوية ، وتقبل الذات واحترامها .

٢- النمو والتطور وتحقيق الذات ومدى استخدام الفرد لمقدراته ، وتحقيقه إمكاناته ، وتوجهه نحو المستقبل .

٣- التكامل : ويعنى الاتساق بين جوانب الشخصية ، والنظرة الموحدة للحياة ، والمقدرة على مقاومة الشدائد وتحمل الضغوط .

٤- التلقائية والاستقلال والتوجيه الذاتى : بمعنى مقدرة المرء على تقرير ما يتناسب واحتياجاته الخاصة بيسر وسهولة .

٥- إدراك الواقع : ويعنى التحرر من النزوع إلى مسخ وتشويه الحاجة والمشاركة الوجدانية والاجتماعية .

٦- السيطرة على البيئة : وتشمل الكفاءة فى الحب والعمل واللعب ، وفى العلاقات البينشخصية أو المتبادلة ، والمقدرة على مواجهة المتطلبات الموقفية المختلفة ، والتوافق ، والكفاءة فى حل المشكلات .

كما خلص كارل روجرز C. Rogers فى إطار طريقته المميزة فى الإرشاد والعلاج النفسى والمسماه بالإرشاد المتمركز حول الشخص ، إلى عدة محكات للحكم على شخصية الفرد الذى تعمل وظائفه بشكل مكتمل الفاعلية Fully Functioning (أى يتمتع بنضج وتوافق نفسى أمثل) وفقاً لما تسفر عنه العملية العلاجية من نتائج بالنسبة للسلوك والشخصية وهى :

١- التطابق بمعنى التناغم بين الذات المدْركة والخبرة الواقعية .

٢- التحرر من الدفاعية والشعور بالتهديد (عدم إدراك الخبرة على أنها متناقضة مع بنية الذات) .

٣- الانفتاح للخبرة بمعنى استقبال المثيرات والمنبهات والعناصر ومعالجتها بغير إنكار أو انتقاء أو تشويه إدراكى للواقع ، والانغماس فى الخبرات الداخلية والخارجية المتجددة بيسر وسهولة .

٤- الإدراك الواقعى والموضوعى المعتمد على الحقائق العملية وليس المفاهيم النظرية المجردة .

٥- الفاعلية فى مواجهة المشكلات وحلها .

٦- التوقير والاعتبار الإيجابى للذات .

٧- التطابق بين الذات المدْركة (ماذا أكون) والذات المثالية (ما يتمنى المرء ويحبّ أن يكونه) .

٨- التوجيه الذاتى والاستقلالية .

٩- تقبل الذات وتقبل الآخرين .

١٠- التوافق مع الظروف والمتطلبات البيئية المتغيرة بمرونة .

١١- التلقائية مع الشعور بالمسئولية (باترسون ، ١٩٩٠ : ٣٩٨-٤٠٤) .

وقدّم علاء كفافى (١٩٩٠ : ٥٦-٧٦) محكاً للتمييز بين السلوك العادى وغير العادى أسماه بمحك التوازن أو المحك الإسلامى للسلوك ، وهو يقوم على فكرة الوسطية والتوازن بين جوانب النفس الإنسانية ، والتوفيق بين نزعاتها المتقابلة : كالحب والكره ،

والسيطرة والخضوع ، والحسيّات والمعنويات .

ويسوق عدداً من الأمثلة للسلوك الإسلامى القائم على التوازن حيث يرى أنه سلوك وسط بين كل من الجماعية والفردية ، الروحية والمادية ، العبادة والعمل ، التطوع والالتزام . كما يتحدد هذا السلوك بالوازع الداخلى والوازع الخارجى ، ويجمع بين كل من التواضع والشعور بالعزة ، والمثالية والواقعية ، ويعبر عن التوازن بين كل من الحرية والمسئولية ، والثبات والتغير ، والإيجابية والسلبية . وخلص إلى أن السلوك السوى طبقاً لهذا المحك هو ما يتسم بكل من :

١- الواقعية

٢- الشعور بالأمن والطمأنينة .

٣- المرونة

٤- الإدراك الصحيح للواقع .

٥- فهم الذات وتقبلها وتطويرها

٦- التعادلية فى العلاقات مع الآخرين .

٧- التناسب مع المواقف .

وذهب آخرون مذهباً عكسياً فقد ركزوا على بعض الأدلة التى يمكن استخدامها كمحكات لتحديد السلوك الشاذ وليس العادى ومنها ما يلى :

١- قصور واضطراب العمليات العقلية المعرفية : كما يتمثل فى اضطرابات التفكير والانتباه والإدراك والتذكر والحكم والاستدلال ، وما يترتب على ذلك كله من تشويه وتحريف للواقع ، وعدم المقدرة على إدراكه وفهمه وتفسيره على نحو واقعى وموضعى.

٢- الانحرافات السلوكية أو قصور السلوك الاجتماعى : كما يتمثل فى الانحراف والجنوح بشدة عما هو متعارف عليه من تقاليد وقيم ومعايير منظمة للسلوك فى المجتمع الذى يعيش فيه الفرد : كالسلوك العدوانى والإجرامى والسيكوباتى والانحرافات الجنسية Sexual Perversions .

٣- قصور التحكم الذاتى : ويتمثل فى انعدام مقدرة الفرد على التحكم فى سلوكه وتصرفاته أو ضعفها .

٤- اضطرابات الإرادة وقصور التوجيه الذاتى : ومن مظاهرها سلبية الفرد وتردده أو

انعدام مقدرته على اتخاذ القرارات من تلقاء نفسه فى معظم المواقف حتى ولو كانت بسيطة أو هينة .

٥- التعطل الحاسى والحركى : ويتمثل فى عدم الاستجابة للمؤثرات والمنبهات الخارجية .

٦- الألم الذاتى أو المعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة من مشاعر القلق والضيق والأسى وعدم الارتياح والحزن .

٧- الاضطراب الانفعالى : ومن أشكاله التبلد والتهور والتذبذب .

٨- عدم تحمل الإحباط كما تتمثل فى انعدام المقدرة على مواجهة مطالب الحياة وضغوطها ومواقفها العصيبة أو ضعفها . (دافيدوف ، ١٩٨٨ : ٦٥٨ ، أحمد عبد الخالق ، ١٩٩١ : ١٩٢ -٢٠٠) .

ثانياً : مظاهر الصحة النفسية السليمة

مدخل :

سبقت الإشارة إلى أن مجرد انتفاء الاضطرابات النفسية والعقلية والسيكوسوماتية وغيرها من صور السلوك الشاذ قد يكون شرطاً ضرورياً لكنه ليس شرطاً كافياً للدلالة على تمتع الفرد بصحة نفسية سليمة ، فقد تنتفى الأعراض المرضية عن الشخصية ، ولكن تبقى هذه الشخصية مفتقدة إلى الأداءات الوظيفية الفعالة ، والممارسات السلوكية المثمرة التى تعبر عن تماسك بنيتها وتوازنها وتكاملها وإيجابيتها فى مواجهة مشكلات الحياة اليومية وصراعاتها .

كما وقفنا أيضاً فيما سبق عرضه على وجهات النظر المختلفة وتنوع الأساليب والمحكات المستخدمة فى التمييز بين " العادية " و " اللاعادية " أى الشذوذ ، وبيّنا أهم المآخذ على كل أسلوب أو محك . ومن ثم حاول بعض الباحثين والعلماء تحديد مجموعة من المظاهر السلوكية للحكم على مدى ما يتمتع به الفرد من صحة نفسية ، وذلك على أساس أن الصحة النفسية شأن بقية مفاهيمنا النفسية هى تكوين فرضى لا يمكننا ملاحظته ملاحظة مباشرة ، وإنما يمكننا الاستدلال على وجوده من عدمه عن طريق بعض الأنماط السلوكية التى تصدر عن الفرد ويكون بمقدورنا ملاحظتها مباشرة وقياسها .

ولهذه المحاولات أهميتها التطبيقية فى ميدان الصحة النفسية ، فهى تمكننا من ملاحظة تلك المظاهر وتحديد ما إذاكانت بادية على سلوك الفرد أم لا ، وقياسها عن طريق إخصائيين مدربين على أصول الملاحظة العلمية الموضوعية للسلوك الإنسانى سواء فى صورته التوافقية الصحية أم اللاتوافقية المضطربة ، وذلك باستخدام أدوات علمية مضبوطة ومقننة كالاختبارات والمقاييس النفسية لتقرير درجة الصحة النفسية لدى الأفراد والجماعات .

ومن زاوية أخرى فإن هذه المظاهر أو الصفات المحبذة أو المرغوبة للصحة النفسية "يمكن أن تتخذ أهدافاً لعملية التطبيع الاجتماعى والتنشئة الاجتماعية وللعملية التربوية وللسلوك العملى فى مختلف مجالاته وعلى مستوى مختلف مراحل النمو ، كما تكون نبراساً فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى وعمليات التأهيل المختلفة " وبهذا نساعد الإنسان على اكتسابها . (مصطفى الشرقاوى ، ١٩٨٣ :٣٨) .

وفيما يلى نماذج من الاختبارات والمقاييس التى تستخدم فى دراسة الشخصية وقياس الصحة النفسية :

- البروفيل الشخصى : لجوردون ، اقتباس وإعداد جابر عبد الحميد وفؤاد أبو حطب ويقيس أربع سمات هى السيطرة ، والمسئولية ، والاتزان الانفعالى ، والاجتماعية .

- اختبار الشخصية للمرحلة الإعدادية والثانوية : لكلارك وتيجز وثورب ، إعداد : عطية هنا ويقيس أ : التكيف الشخصى : الاعتماد على النفس ، الإحساس بالقيمة الذاتية ، الشعور بالحرية ، الشعور بالانتماء ، التحرر من الميل إلى الانفراد ، الخلو من الأعراض العصابية .

ب : التكيف الاجتماعى : اتباع المستويات الاجتماعية ، اكتساب المهارات الاجتماعية ، التحرر من الميول المضادة للمجتمع ، العلاقات فى كل من الأسرة والمدرسة والبيئة المحلية .

وهناك صورة أخرى للاختبار ذاته تطبق على الأطفال ولقياس الأبعاد نفسها .

- اختبارات الشخصية السوية : إعداد عطية هنا وسامى هنا (١٩٧٣) وهى مأخوذة عن

قائمة كاليفورنيا النفسية لهاريسون جف ، وتقيس ثمانية عشر بعداً منها السيطرة ، الميل الاجتماعى ، تقبل الذات ، التسامح ، المجاراة والنضج الاجتماعى ، الشعور بالرضا والسعادة ، المقدرة على بلوغ المكانة الاجتماعية ، الإنجاز ، المرونة ، العقلية السيكولوجية .

- استفتاءات الشخصية : لريموندكاتل وهى عبارة عن خمسة استخبارات لقياس عوامل الشخصية تغطى مراحل العمر المختلفة ابتداء من سن الرابعة حتى الرشد وهى استفتاءات : عوامل الشخصية الستة عشر (16 P.F) من ١٦ سنة فما فوق ، وعوامل الشخصية للمرحلتين الإعدادية والثانوية من ١٢ - ١٦ عاما (H.S.P.Q) وعوامل الشخصيه للاطفال (C.P.Q) من ٨ - ١٢ عاما ، وعوامل الشخصية للصفوف الأولى (المبكرة) من المدرسة الابتدائية (E.S.P.Q) من ٦ - ٨ سنوات ، وعوامل الشخصية لمرحلة ما قبل المدرسة (P.S.P.Q) من ٤ - ٦ سنوات ، وهناك صور لثلاثة الاستخبارات الأولى باللغة العربية من إعداد عبد السلام عبد الغفار وسيد غنيم . وتقيس هذه الأدوات ما أسماه كاتل بالسمات المصدرية أو الأولية وهى ستة عشر عاملاً ثنائى القطب من بينها قوة الأنا ، السيطرة ، قوة الأنا الأعلى ، المخاطرة والإقدام ، الاكتفاء الذاتى ، الاستقلال ، الثقة بالنفس ، قوة التوتر الدافعى ، الدهاء أو الحنكة .

- مقياس الصحة النفسية للشباب : إعداد عبد المطلب القريطى وعبد العزيز الشخص (١٩٩٢) ويقيس الأبعاد التالية : الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس ، المقدرة على التفاعل الاجتماعى ، النضج الانفعالى والمقدرة على ضبط النفس ، المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانات فى أعمال مشبعة ، التحرر من الأعراض العصابية ، ولهذا الاختبار معاييره المستخرجة من عينات من الشباب الجامعى فى مصر والسعودية .

- مقياس الصحة النفسية : اقتباس محمد عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد مرسى عن دليل كورنيل ، ويقيس مجموعة من الأعراض العصبية والسيكوسوماتية تتمثل فى كل من : انعدام التوافق (مشاعر الخوف وعدم الكفاءة) ، الاكتئاب ، العصبية والقلق ، الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالتنفس والدورة الدموية والمعدة والأمعاء ،

توهم المرض ، فرط الحساسية والشك ، السيكوباتية الشديدة . ولهذا المقياس صورة أخرى من إعداد عماد الدين سلطان وجابر عبد الحميد باسم " مقياس كورنيل للشخصية " .

- قائمة مينيسوتا متعددة الأوجه للشخصية (MMPI) : لهاثاوى وماكنلى من إعداد عطية هنا ومحمد عماد الدين اسماعيل ولويس مليكة ، وتقيس توهم المرض ، الاكتئاب ، الهستيريا ، الانحراف السيكوباتى ، الذكورة - الأنوثة ، البارانويا ، السيكا ثينيا ، الفصام ، الهوس الخفيف ، الانطواء الاجتماعى .

- مقياس تايلور للقلق الصريح : لچانيت تايلور إعداد مصطفى فهمى ومحمد أحمد غالى ، وتوجد منه صورة للراشدين ، كما تم تقنينه على الأطفال من سن ١٠-١٥ سنة .

- اختبار التشخيص النفسى : إعداد حامد زهران ويقيس القلق وتوهم المرض ، الضعف العصبى ، الخوف ، الهستيريا ، الوساوس ، التفكك ، الاكتئاب ، الهوس ، الفصام ، الهذاء (البارانويا) ، المرض النفسجسمى ، الاضطرابات الجنسية والسيكوباتية ، ويصلح هذا الاختبار للتطبيق على الشباب والكبار .

ومن الملاحظ أن هذه النماذج من الاختبارات والمقاييس سالفة الذكر تتفاوت من حيث الخلفية المهنية لمن قاموا بإعدادها فمنهم اخصائيون نفسيون ومرشدن وأساتذة جامعات وأطباء نفسيون ، كما تتفاوت من حيث ما تتضمنه من خصائص وأبعاد فمنها ما يتضمن خصائص أو مؤشرات إيجابية ، ومنها ما يحتوى على مؤشرات سلبية أو أعراض مرضية . إضافة إلى ذلك فهى تتنوع من حيث أغراضها النوعية - وإن كانت جميعاً تستهدف الوقوف على طبيعة الشخصية ومدى تمتعها بالصحة النفسية السليمة - فبعضها يستخدم لأغراض الفحص الاكلينيكى والتشخيص السيكياترى الفارق للحالات المرضية وتصنيفها - كقائمة مينيسوتا واختبار التشخيص النفسى - وبعضها يستخدم سواء مع العادين أم ذوى الاضطرابات السلوكية أم كليهما سواء لأغراض الفحص أم المقارنة أم الإرشاد والتوجيه .

جدير بالتنويه أن بعض الباحثين والعلماء قد عرض للمظاهر التى رآها معبرة عن الصحة النفسية السليمة فى إطار فكرى أو نظرية محددة ، وبعضهم الآخر قد طرحها دون النص صراحة على إطار نظرى تنبثق منه أو تشتق . على سبيل المثال فقد اقترح إريك إريكسون (Erickson , 1950, 1968,1974) - وهو عالم نفسى تحليلى - فى إطار نظريته عن النمو النفسى الاجتماعى للشخصية ثمانية مظاهر للصحة النفسية ، يرتبط كل واحد منها بمرحلة نمو معينة من المراحل الثمان التى قسّم إليها حياة الفرد الإنسانى . ورأى أن كل مرحلة منها تثير صراعاً أو أزمة معينة Crisis تستلزم الحل أو الحسم . ويقصد بالأزمة تزايد القابلية للوقوع فى مشكلة معينة ارتقائية ذات طبيعة نفسية واجتماعية .

كما رأى إريكسون أنه من الضرورى حل أزمة كل مرحلة أو المهمة التى تعرضها بشكل ملائم وإيجابى لكى تستمر عملية النمو ، وإلا تأثرت بذلك مرحلة النمو التى تليها تأثراً سلبياً فكل مرحلة تعد بمثابة أساس تكوينى للمرحلة التالية لها ، فالشعور بالثقة فى الذات وفى البيئة المحيطة أثناء المرحلة الفمية الحسية هو مطلب حيوى للشعور بالاستقلالية خلال المرحلة التالية وهى المرحلة الشرجية العضلية . وتتمثل مراحل النمو الثمان وما يصاحبها من أزمات وحلول أو أساليب توافقية محتملة من وجهة نظر إريكسون فيما يلى :

١- المرحلة الفمية الحسية (من الميلاد حتى سنتين تقريباً) وأزمتها الإحساس بالثقة مقابل عدم الثقة .

٢- المرحلة الشرجية العضلية : (٢-٣ سنوات) وأزمتها الإحساس بالاستقلالية مقابل الشك والخجل والشعور بالعار .

٣- المرحلة الحركية التناسلية الطفلية : (٣-٦ سنوات) وأزمتها الإحساس بالمبادأة مقابل الشعور بالذنب أو الإثم .

٤- مرحلة الكمون : (٦-١٢ سنة) وأزمتها الشعور بالحيوية والإنجاز فى مقابل الشعور بالدونية أو النقص .

٥- مرحلة البلوغ والمراهقة (١٢-١٨ سنة) وأزمتها الإحساس بالهوية ووضوح الدور

مقابل غموض الهوية وخلط الأدوار .

٦- مرحلة الرشد المبكر (١٨-٢٥سنة) وأزمتها الإحساس بالتآلف مع الناس والاختلاط بهم والتكامل معهم مقابل الانعزال عنهم .

٧- مرحلة الرشد (٢٥-٥٠سنة) وأزمتها الإحساس بالعطاء فى مقابل الركود .

٨- تمام النضج (ما فوق الخمسين) وأزمتها تكامل الشخصية (الأنا) مقابل الشعور باليأس .

وهكذا تتمثل الصحة النفسية - من وجهة نظر إريكسون - عبر مراحل النمو المختلفة فى الأساليب التوافقية التالية : الإحساس بالثقة ، الاستقلال الذاتى ، المبادأة ، الحيوية والإنجاز ، الإحساس بالهوية ، التآلف والتكامل مع الناس ، العطاء ، تكامل الشخصية .

كما طرح عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٦) فى إطار محاولته الرصينة لوضع نظرية عن الشخصية أربعة مظاهر للصحة النفسية السليمة ، رأى أنها فى مجملها تعبر عن مدى نجاح الفرد فى تحقيق إرادة وجوده أو إنسانيته ، تلك الإرادة التى اعتبرها بمثابة القوة الأساسية الكامنة خلف كل دوافع الإنسان ، والطاقة الدافعة له للبحث عن معنى لحياته ، ولتحقيق إمكاناته وحسن استثمارها . وهذه المظاهر هى :

١- الرضا عن النفس : بمعنى أن يدرك الفرد على نحو واقعى ما زُوِّد به من إمكانات عقلية معرفية أو دافعية أو انفعالية ، ويعمل على الانتفاع بها ، ويحسن استثمارها وتحقيقها ، وأن يرضى عن نجاحه فى تحقيقها.

٢- السمو والالتزام : ويتمثلان فى نجاح الفرد فى الوصول إلى معنى أو إلى أهداف تحدد له مساره وطريقه فى الحياة ، وأن تخرج أهدافه ومطالبه من الحيز الضيق الذى يرتبط به بصورة مباشرة إلى نطاق أوسع فتشمل الإنسانية وتشريها ، وأن تعلو مطالبه وأهدافه عن المستوى الذاتى ، وأن يلتزم بالقيم العليا وبالرسالات السماوية .

٣- الوسطية : وتعنى عدم الإفراط فيما نشبعه من احتياجات ، والنجاح فى تحقيق أهدافنا الخاصة دون الخروج عما نلتزم به من قيم إنسانية أو دين ، وعدم الإسراف فى تحقيق صفة من الصفات التى تحدد إنسانية الفرد على حساب صفة أخرى ، والاعتدال فى معدل النشاط .

٤- العطاء : وهو من أهم ما يميز الإنسان من صفات عن غيره من المخلوقات ، ويقصد به كل ما يمكن أن يقدمه الفرد إلى الآخرين من بذل وجهد بحيث لا يكمن خلفه سوى الرغبة فى العطاء ، وليس السيطرة أو المن أو انتظار التقدير .

واتجه بعض الباحثين إلى دراسة وتحليل سلوك بعض الأشخاص الأصحاء الذين نجحوا فى حياتهم الشخصية والاجتماعية والمهنية ممن يفترض أنهم يتمتعون بصحة نفسية سليمة لتحديد الملامح واستخلاص الصفات المميزة لشخصياتهم بحيث يمكن الاهتداء بها فى الحكم على السلوك العادى Normal أو الصحى Healthy .

وفى هذا الصدد قام ماسلو Maslow بدراسة اكلينيكية متعمقة لجماعة من الأشخاص الذين وصلوا لتحقيق ما أسماه بالذات الفعالة ، أو حققوا ذواتهم من خلال إنتاجهم ومواهبهم فى مجالات مختلفة من أمثال روزفلت ولنكولن وبيتهوفن ، وجيفرسون وأينشتين ، وذلك للكشف عن الخصائص المميزة لهم وخلص من هذه الدراسة إلى السمات التالية :

١- الاتجاه الواقعى .

٢- تقبل الذات والآخر والعالم الخارجى كما هم وبحالتهم .

٣- التلقائية .

٤- التمركز حول المشاكل بدلاً من التمركز حول الذات .

٥- الذاتية والحاجة إلى الخصوصية .

٦- الاستقلالية .

٧- التقدير المتجدد للأشخاص والأشياء دون نمطية .

٨- امتلاك خبرات روحية عميقة .

٩- التوحد بالبشرية .

١٠- الاتجاهات والقيم الديمقراطية .

١١- عدم الخلط بين الغايات والوسائل .

١٢- روح المرح ذات الطابع الفلسفى وليس العدائى .

١٣- الولع بالإبداع .

١٤- مقاومة الامتثال للثقافة والخضوع لها . (جورارد ، ١٩٧٣)

كما توصل المتخصصون فى مجال الشخصية من دراساتهم لأشخاص من الجنسين ممن ينتمون إلى مستويات ثقافية واجتماعية واقتصادية مختلفة إلى عدد من الصفات التى تحظى بها الشخصية المتمتعة بصحة نفسية سليمة ، لخصها طلعت منصور (١٩٨٢:٨١-١٠٤) فى كل من : تقبل الذات (فهم الذات - التوقعات الخارجية - عدم وجود معوقات داخلية أو خارجية) ، التوافق الشخصى والاجتماعى ، الواقعية وتقبل الواقع ، والتوجه فى الحياة وفقاً لفلسفة غنية بالمعانى ، الاستقلال والتوجيه الذاتى ، الإرادة (الفاعلية الداخلية ، توجيه الأوامر إلى الذات ، مقاومة الغواية والإغراء) المسئولية ، النضج الانفعالى ، التوجه خارج الذات ، تحقيق الذات ، الاستمرار فى النمو الشخصى .

كما أورد كلا من ماسلو ومتيلمان عشر صفات ضرورية للصحة النفسية السليمة هى :

١- شعور مناسب بالأمن .
٢- التلقائية والانفعالية المناسبة .
٣- الاتصال الفعّال بالواقع .
٤-رغبات جسمية مناسبة ومقدرة على إشباعها.
٥- معرفة كافية بالذات .
٦- تكامل الشخصية وثباتها .
٧- أهداف مناسبة للحياة .
٨- مقدرة على التعلم من الخبرات .
٩- مقدرة على إشباع متطلبات الجماعة
١٠- التحرر من الجماعة أو الثقافة .

وفى معرض تعقيبه على هذه الصفات يشير أحمد عبد الخالق (١٩٩١:٢٦١) إلى أنها صعبة القياس ، كما أنها تمثل مفاهيم مقيدة بالثقافة والقيم ، كما تشتمل على مصطلحات من قبيل " مناسبة ، كافية ، مقدرة " مما يثير تساؤلات منها : مناسبة لمن ؟

وتبعاً لحكم من ؟ إضافة إلى أن بعضها يمثل أفكاراً يصعب أن تتحقق فى الواقع . كما يطرح عدداً من العلامات التى تشير إلى مظاهر سلوكية محددة يتوافر كثير منها لدى الشخص الذى يتمتع بدرجة مرتفعة من الصحة النفسية هى :

١- التوافق الذاتى .
٢- التوافق الاجتماعى .
٣- الشعور بالسعادة وراحة البال .
٤- معرفة قدر النفس وحدودها .
٥- النجاح فى العمل .
٦- مواجهة الإحباط .
٧- الإقبال على الحياة .
٨- الاتزان والثبات .
٩- الخلق القويم .
١٠- الخلو النسبى من الأعراض المرضية النفسية والعقلية . (ص:٢٢-٢٨)

كما أوضح صلاح مخيمر (١٩٧٩:٢٧-٢٩) أن مظاهر الصحة النفسية تتمثل فى ناحيتين أحداهما دينامية والأخرى وظيفية ، فمن الناحية الدينامية يجب أن تتسم الشخصية بالوحدة الكلية رغم تناقضاتها وصراعاتها ، وبالاستمرارية ، والفهم الواقعى لإمكانات الذات وحدودها ، وخفض التوترات أو على الأقل التسامح إزا ءها ، والشعور باضطراد التقدم نحو المستقبل . كما تتمثل تلك المظاهر من الناحية الوظيفية فى المقدرة على مواجهة المواقف المختلفة ، والمقدرة على تحقيق الذات ، وعلى المشاركة فى الحياة الاجتماعية ، والحصول على تقدير الآخرين وحبهم .

ويلاحظ أن القوائم سالفة الذكر قد اشتملت على مظاهر عديدة منها ما يتصل بالجانب الجسمى ، ومنها ما يتصل بالجانب النفسى ، ومنها ما يتصل بالجانب الاجتماعى ، ومنها ما يتصل بالجانب الخلقى والروحى . كما قد يلاحظ أن بعضها قد أكد على جانب معين أو عدة جوانب وأغفل ماعداها ، وأن بعضها قد تضمن مفاهيم فضفاضة تفتقر إلى الإجرائية ، أو أبعاداً صعبة المنال والتحقيق .

واسترشاداً بهذه القوائم - وغيرها - ومن منظور تكاملى لأهم الخصائص والمظاهر التى يجب أخذها بعين الاعتبار لتقرير مدى ما يتمتع به الفرد من صحة نفسية سليمة ، نقترح المظاهر التالية فى ضوء تعريفنا الذى سبق أن سقناه فى معرض الحديث عن تعريفات الصحة النفسية فى الفصل الأول وهى :

١) التكامل النفسى .

٢) التوافق النفسى .

٣) الاتزان الانفعالى .

٤) ضبط النفس والتحكم فى الذات .

٥) رضا الفرد عن ذاته وتقبلها وتحقيقها .

٦) إيجابية الفرد وتحمله مسئولية أفعاله .

٧) الشعور الإيجابى بالسعادة مع النفس والآخرين .

٨) نجاح الفرد فى عمله ورضاه عنه .

٩) تبنى إطار قيمى إنسانى وأخلاقى .

١٠) السلوك العادى والخلو النسبى من الأعراض المرضية .

ونتناولها فيما يلى ببعض من التفصيل على النحو الآتى :

١) التكامل النفسى :

لكل منا مجموعة من المقدرات والطاقات المختلفة ، هذه المقدرات تنمو وتضطرد بفعل عوامل التعلم والنضج وفرص الاستثمار التى نتيحها لها ، كما أن لكل منها أداءها الوظيفى الذى لا غنى عنه بدليل أن القصور أو النقص فى أى منها غالباً ما يترتب عليه تأثير سلبى على الشخصية ما لم تتخذ الوسائل والطرق الكفيلة بتعويض هذا القصور أو التقليل من أثره .

ويقصد بالتكامل النفسى أن تنتظم الأداءات الوظيفية لمختلف جوانب الشخصية وطاقاتها الجسمية العقلية والمعرفية ، والمزاجية الانفعالية والاجتماعية فى كل موحد واتجاه واحد ، بمعنى أن تعمل فى تناسق وتآزر حيث يكمل كل جانب منها بقية الجوانب ، ولا يطغى عليها أو يتعارض معها . من ثم يتحقق التوازن بين القوى النفسية للفرد والانسجام فيما بينها فيسعى الفرد بكامل طاقاته لإشباع دوافعه وتحقيق حاجاته المختلفة

البيولوجية والاجتماعية دون شعور بالتضارب أو الاختلال أو النقص أو الذنب أو الحرمان .

لذا فإن الشخص الذى يتمتع بصحة نفسية سليمة هو شخص متكامل نفسياً . أى أنه يستخدم كامل طاقاته ، فتعمل دوافعه وانفعالاته وقيمه واتجاهاته وأفكاره لتحقق وظائفها من جانب وأهدافه من جانب آخر ، إنه يكدح فى عمله لكنه يتحين الفرصة ليسرّى عن نفسه ، وهو يعيش ليومه لكنه يخطط لغده ، وهو يعمل لآخرته لكنه لا ينسى نصيبه من الدنيا ، له إطاره القيمى والأخلاقى لكن ذلك لا يعوقه عن التعامل بفاعلية مع الواقع ومتطلباته ومن ثم لا ينسحب منه أو ينطوى ، أو يغرق فى أحلام اليقظة ، أقواله وأفكاره لا تناقض أفعاله وتصرفاته أو العكس ، وهو أيضاً ليس أسيراً لدوافعه فيشبعها دون مبالاة باعتبارات اجتماعية أو بمحيط يعيش فيه ، كما لا يطغى أحد دوافعه على حساب بقية هذه الدوافع .

كما أنه لا يعنى بتنمية جانب واحد من شخصيته ، أو يركز على استثمار طاقة واحدة من طاقاته فيعنى مثلاً بالجانب الجسمى دون غيره ، أو بالجانب العقلى ويغفل ما عداه أو يعطله ، وإنما هو ينمى ويستثمر طاقاته وإمكاناته المختلفة بما يتفق مع مسئوليته الأخلاقية عن ذلك ، وبما يتفق أيضاً مع تنوع متطلبات الحياة ونشاطاتها المتباينة وما يستلزمه ذلك من مهارات متنوعة . وهكذا تعمل طاقات الشخص المتمتع بصحة نفسية فى اتساق وتكامل دون تعارض أو تضارب .

٢) التوافق النفسى :

يقودنا مفهوم التكامل النفسى إلى مظهر آخر للصحة النفسية السليمة وهو التوافق Adjustment وهو يتضمن شقين هما : اتزان الفرد مع نفسه أو تناغمه مع ذاته بمعنى مقدرته على مواجهة وحسم ما ينشأ داخله من صراعات ويتعرض له من إحباطات ، ومدى تحرره من التوتر والقلق الناجم عنهما ، ونجاحه فى التوفيق بين دوافعه ونوازعه المختلفة ، ثم انسجام الفرد مع ظروف بيئته المادية والاجتماعية عموماً بما فيها من أشخاص آخرين وعلاقات وعناصر ، ومجالات وموضوعات وأحداث ومشكلات .

ويرى كثير من الباحثين أن التوافق هو عماد الصحة النفسية السليمة ومحورها ، فحسن توافق الفرد دليل على صحته النفسية وسوء توافقه Maladjustment يعد مؤشراً على اختلالها . بل ذهب آخرون إلى أن علم الصحة النفسية يعنى سيكولوجية التوافق فهو عبارة عن " دراسة لعملية التوافق ، ما يعينها وما يعوقها ، والأشكال المختلفة للاضطرابات " (صلاح مخيمر ، ١٩٧٩ :٤٢)

كما استخدم بعض الباحثين مصطلحا التكيف أو التلاؤم Adaptation والتوافق Adjustment بالتبادل أو بمعنى واحد ، بينما حاول البعض الآخر التمييز بين المعانى المختلفة لكلا المصطلحين حيث نظروا إلى التكيف فى حدود مفهومه كمصطلح بيولوجى ، وما قصده داروين من أنه يتمثل فى مقدرة الكائن الحى على التلاؤم مع ظروف بيئته المادية ومشكلاتها وصعوباتها تلاؤماً يعينه على الحفاظ على بقائه والاستمرار فى الحياة . كما استخدم آخرون المصطلح نفسه فى معرض الإشارة إلى مجرد إشباع الاحتياجات البيولوجية وخفض التوتر الناجم عنها دون اعتبار لما يمكن أن يترتب على ذلك من نتائج .

أما مصطلح التوافق فقد تناولوه على أساس أنه لا يتحدد بالاعتبارات البيولوجية فحسب وإنما بالاعتبارات الاجتماعية أيضاً ، حيث يتضمن جانبين - كما سبقت الإشارة - أحدهما نفسى داخلى يتمثل فى انسجام الفرد مع ذاته (رضاه عنها وتحرره من الضغوط والصراعات ، وتحمله الشدائد والإحباطات) والآخر اجتماعى خارجى ويتمثل فى حسن تكيفه وتناغمه مع الآخرين فى المجالات المختلفة ومع مطالب البيئة المادية والاجتماعية .

ومن الملاحظ أن الفرد يتعرض خلال حياته لعديد من المواقف المتباينة منها مثلاً أن ينتقل إلى بيئة أو مجتمع جديد له عاداته وتقاليده وأنماط سلوكه المغايرة لما تربى عليه فى مجتمعه ، ومنها أن يجد - ولا محالة - صعوبة فى إشباع بعض دوافعه وقد لا يشبع بعضاً منها ، منها أيضاً أن تتنازعه رغبات أو أهداف أو دوافع معينة فى حالات عديدة ، ويختلف كل منا فى كيفية مواجهة هذه المواقف فمنا من يخفق أو لا تنجح أساليبه فى الوصول إلى حالة التوازن المنشود سواء مع هذه الظروف والاحتياجات الذاتية ، أو المطالب والاعتبارات الاجتماعية . وقد تبدو عليه واحدة أو أكثر من المظاهر السلوكية التى تتصف بالشذوذ وتعبر عن سوء التوافق Maladjustment واضطراب صحته النفسية كالوقوع

فريسه للقلق والتوتر والاضطراب الانفعالى ، أو الإسراف فى أحلام اليقظة وإدمان الشك والارتياب والعدوان .. إلخ ، ومنا من ينجح فى التكيف بصورة مستمرة مع متطلبات كل موقف فيشبع حاجته أو يحقق أهدافه ويشعر بالرضا ، أى يصل إلى حالة التوازن النسبى المنشود نتيجة لذلك ، ويقال حينئذ أنه حسن التوافق .

وهكذا فإن التوافق عملية دينامية ومستمرة لأن الحياة بطبيعتها دائمة التغير مما يفرض على المرء مشكلات جديدة ، كما أن الفرد ذاته يمر خلال نموه بمراحل مختلفة لكل منها تغيراتها ومتطلباتها واحتياجاتها بحيث يتعين عليه أن يحاول حثيثاً التعديل من سلوكه لإشباع تلك الاحتياجات ومواجهة هذه المشكلات والمواقف الجديدة بذكاء ومرونة وحسن تصرف .

جدير بالإشارة أيضاً أن عملية التوافق فى جوهرها عملية إيجابية ووظيفية ومسئولة أساسها التفاعل المثمر بين الفرد وما يحيط به ، كما أنها لا تتوقف فقط عند حدود الفردية السيكولوجية بمعنى أن يكون الفرد مهموماً بمجرد إشباع احتياجاته وتحقيق أهدافه وحل صراعاته بصرف النظر عن المطالب الاجتماعية ، كما أنها ليست العكس بمعنى الرضوخ تماماً والاستسلام لمقتضيات البيئة الاجتماعية ومسايرتها والانصياع الآلى Automatic Conformity لما هو سائد فيها ، وإنما هى عملية نفسية اجتماعية تتكامل فيها وتتوازن الاحتياجات الفردية والمتطلبات الاجتماعية بحيث يتضمن ذلك إحداث التغيرات الضرورية اللازمة فى كل من الفرد والمجتمع بلوغاً لحالة التناغم والانسجام المنشودة أو العلاقات المرضية Satisfactory بين الفرد وذاته من ناحية ، والفرد ومجتمعه من ناحية أخرى .

وتنعكس عملية التوافق هذه من خلال مجالات أو دوائر عديدة تتسع باتساع نشاط الفرد وعلاقاته ، ومن بين هذه المجالات :

أ - التوافق الشخصى أو الذاتى (بين الفرد وذاته) .

ب- التوافق الاجتماعى : ويشير إلى حسن التوافق مع المجتمع بنظامه ومؤسساته ، وقوانينه وأعرافه وتقاليده ، وطوائفه وجماعاته وأفراده .

جـ- التوافق الأسرى : ويشير إلى مدى انسجام الفرد مع أعضاء أسرته ، وعلاقات الحب

والمودة والمساندة والتراحم والاحترام والتعاون بينه ووالديه وإخوته بما يحقق لهم حياة أسرية مشبعة وسعيدة .

د- التوافق الدراسى : ويتضمن حسن تكيف الفرد مع متغيرات دراسته وبيئته الدراسية : كعلاقته بالمعلمين والزملاء ، المناخ الدراسى ، نمط الإدارة ، النظم الامتحانية ، المقررات والمناهج الدراسية .. وغيرها .

هـ- التوافق الزواجى : ويشير إلى درجة التناغم والتواصل العقلى والعاطفى والجنسى بين الزوجين بما يساعدهما على بناء علاقات زواجية ثابتة ومستقرة ، وعلى الشعور بالرضا والسعادة ، ويعينهما على تحقيق التوقعات الزواجية ، ومواجهة ما يتصل بحياتهما المشتركة من صعوبات ومشكلات وصراعات .

و- التوافق المهنى : ويتعلق بالانسجام بين الفرد والمهنة أو العمل الذى يمارسه ، وتقبله له ورضاه عنه ، ومقدرته على إقامة علاقات مهنية وإنسانية مثمرة ومُرضية مع زملائه ورؤسائه .

ويتوقف التوافق فى كل مجال من المجالات سالفة الذكر على عوامل متعددة منها ما قد يكون مشتركاً أو عاماً مثل مدى النضج الانفعالى للفرد ، ومنها ما يختص بمجال ما دون غيره ، فمن بين العوامل التى يتوقف عليها التوافق الزواجى على سبيل المثال : الاتجاه نحو الزواج ، والاختيار المناسب للزوج ، والحب المتبادل ، والتوافق الجنسى بين الزوجين ، والاستعداد النفسى والمادى للحياة الزواجية ولتحمل مسئولياتها ، وتقارب العادات والميول والمستوى الثقافى والاجتماعى والتعليمى للزوجين .

٢) الاتزان الانفعالى :

نعنى بالاتزان الانفعالى تلك الحالة الشعورية السوية التى يبدى فيها الفرد استجابة انفعالية مناسبة لطبيعة الموقف أو المثير الذى يستدعى هذه الانفعالات سواء من حيث :

أ - نوعية الاستجابة (ملاءمتها) .

ب- شدة الاستجابة (كميتها) .

جـ- مدى ثباتها واستقرارها بالنسبة للمواقف الواحدة والمثيرات المتشابهة .

فالفرد الذى يتمتع بصحة نفسية سليمة هو الذى يبدى استجابات انفعالية ملائمة ومتوافقة مع ما يقتضيه الموقف أو المثير الذى يواجهه (ضحك ، فرح ، خوف ، حزن ..) ، ومناسبة من حيث شدتها فلا إفراط ولا تفريط (بلا زيادة أو نقص فيها) ودون كبتها أو الخجل منها ، ومستقرة أى أنها تميل لأن تكون ثابتة سواء بالنسبة للموقف أم المثير الذى استدعاها إن تكرر أكثر من مرة أو بالنسبة للمواقف المشابهة .

فالتبلد إزاء موقف يستدعى الخوف يعبر عن اضطراب فى الإدراك وسوء فى التقدير ، كما أن الخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف حقاً لا يعتبر اضطراباً انفعالياً بل يعتبر استجابة انفعالية عادية بل وضرورية للمحافظة على البقاء أو الحياة ، أما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر اضطراباً انفعالياً (حامد زهران ، ١٩٩٧) . بالإضافة إلى أن تباين الاستجابة الانفعالية أى اختلافها بالنسبة لموقف أو مثير واحد يعد دليلاً على الاضطراب النفسى أيضاً . هذا يعنى أن عدم إبداء الفرد انفعالاً مناسباً من حيث نوعه لموقف يقتضى الفرح أو الغضب يعد مؤشراً على تبلده واضطرابه الانفعالى واعتلال صحته النفسية . وبالمثل فإن إبداء استجابة انفعالية غير ملائمة من حيث درجة شدتها (ناقصة أو زائدة) ، كأن يبالغ الفرد فى خوفه من مثير بسيط لا يستحق الخوف الشديد يعتبر خوفاً مرضياً غير طبيعى ومن شأنه إعاقة توافقه مع بيئته ، ومن ثم يعبر عن انخفاض مستوى صحته النفسية . كما أن الفرد إذا أبدى استجابة انفعالية مناسبة فعلاً لموقف ما ، ثم تكرر هذا الموقف ذاته أو شبيهه عدة مرات ، وأظهر الفرد الاستجابة الملائمة له مرة وتبلداً أو لا مبالاة مرة أخرى ، أو أبدى استجابة غير ملائمة ، فإن هذا التقلب يعد دليلاً على اضطرابه وعدم نضجه الانفعالى .

٤) ضبط النفس والتحكم فى الذات : Self Control

إذا كان الاتزان الانفعالى يتعلق بمدى الملاءمة والتوافق بين كل من الاستجابة الانفعالية التى تصدر عن الفرد ، والمنبهات أو المثيرات التى يتعرض لها ، فإن ضبط النفس أو التحكم فى الذات يعنى مقدرة الفرد على ضبط أو كف أو قمع اندفاعاته ورغباته ، والتحكم فى مشاعره وانفعالاته وتصرفاته ، وكبح جماح أهوائه ونزعاته بإرادته الذاتية .

كما يعنى شعور الفرد بالسيطرة الانفعالية فى مواجهة مشكلات الحياة اليومية والمواقف الإحباطية والعصبية والظروف الضاغطة ، وفى إدارة الأزمات والشدائد التى قد يتحتم عليه حلها والتغلب عليها . ومن شأن هذا الضبط والتحكم فى الذات أن يساعد الفرد على التقدير والإدراك السليم لهذه المواقف ، والاستبصار بأبعادها وملابساتها المختلفة ، ومواجهتها بهدوء واتزان وترو ، دون تخبط أو اندفاعية وتهور أو انهيار .

ولعله مما يلاحظ على سلوك بعض الأفراد الذين يعانون من اعتلال صحتهم النفسية أنه يتسم بقصور التحكم الذاتى ، وتدنى مستوى التوجيه الذاتى Self Direction ، وبالتهور والاندفاعية ، وبالانزعاج والتطيّر ، والذعر والهلع عندما تحدث أية تغييرات غير متوقعة فى مجرى أمور حياتهم أو فيما يحيط بهم ، كما يعترى بعضهم الاضطراب الشديد والشعور باليأس ، واضطرابات الإدراك والتفكير والإرادة مما يُعجزهم عن التصرف بل ويؤدى إلى عدم تناسب سلوكهم مع مقتضيات المشكلات والمواقف التى تكتنف حياتهم ، فقد يلجأ بعضهم إلى وسائل بدائية طفولية أو هروبية أو اعتدائية : كالعويل والبكاء ، أو ادعاء المرض ، أو العدوان ، وهى جميعاً أنماط سلوكية غير ناضجة .

هـ) رضا الفرد عن ذاته وتقبلها وتحقيقها :

لهذا المظهر عدة عناصر هى :

أ) **فهم الفرد لذاته وتقديرها وتقبلها** : أى فهم نفسه وتقييمها تقييماً موضوعياً ، ومعرفة مواطن قوته وجوانب قصوره ثم تقبلها . وتعكس مقدرة الفرد على فهم نفسه بشكل موضوعى وواقعى مدى تقديره لمبدأ الفروق الفردية ومجمله أن الناس فيما بينهم لا يمتلكون أو يتمتعون بمقادير متساوية من حيث المقدرات والسمات والخواص المختلفة الجسمانية والعقلية المعرفية ، والانفعالية والاجتماعية والتعليمية والثقافية .. إلخ ، وإنما يختلف نصيب كل منهم فى كل منها ، كما يعكس أيضاً مدى تقديره واحترامه للفروق داخل الفرد الواحد ، فكل شخص منا لا يتمتع بمقدار واحد فى كل خصائصه وسماته ونواحى شخصيته ، وإنما لديه جوانب قوة وجوانب قصور . والمقصود أن يكون لدى الفرد مفهوماً موضوعياً عن ذاته Self Concept وهويته Identity .

ويعد هذا الفهم الموضوعى والواقعى للذات أمراً ضرورياً فى الدلالة على الصحة النفسية السليمة للفرد لأنه يجنّبه الشطط ، سواء بتوهم استعداداته ومقدراته على نحو مبالغ فيه فيخدع نفسه بالاستعلاء على الآخرين وأوهام العظمة الكاذبة ، أم بالتقليل من شأن نفسه والحط من قدرها ، فيشعر بالنقص والدونية ، وبالخجل والنفور، بل والتعاسة مما قد تنطوى عليه نفسه من عيوب أو معوقات عضوية أو جسمية .

ب) تحقيق الذات : لا يكفى فقط أن تعرف ذاتك وترضى عنها أو تتقبلها ثم تتخذ موقفاً سلبياً استسلامياً ، وإنما يجب العمل بشكل إيجابى على تنمية ما تتمتع به هذه الذات من استعدادات وطاقات وتحسين واستثمار ما لديها من إمكانات ومقدرات إلى أقصى ما يمكنها بلوغه بما يحقق النفع والفائدة لكل من الفرد ومجتمعه ، ومما يستلزمه ذلك ما يلى :

أ - أن تتقبل ذاتك ويكون لديك اتجاهات واقعية .

ب- تحديد مستوى واقعى ومعقول لتطلعاتك وطموحاتك .

جـ- تحديد أهداف واضحة لحياتك .

د - بذل الجهد لتحقيق هذه الأهداف .

هـ - تحمل المسئولية إزاء الأهداف والنتائج .

ويؤدى ذلك كله إلى شعورك بالنجاح والإنجاز ، واضطراد إحساسك بالكفاءة وبالثقة فى نفسك وبالاستقلالية والإنتاجية ، وفى الوقت ذاته يجنبك مشاعر الإحباط والفشل والشعور بالدونية والنقص . وهكذا فإن الشخص الذى لديه مفهوم واضح عن ذاته يرضى عنها ويتقبلها ، ويدرك حدود إمكاناته ، ويعمل على تنميتها واستثمارها ومن ثم يشعر بكفايته وفعاليته هو شخص متمتع بالصحة النفسية وذلك على العكس من شخص آخر مضطرب نفسياً أو عقلياً .

٦) إيجابية الفرد وتحمله مسئولية أفعاله :

من المؤشرات الهامة الدالة على الصحة النفسية السليمة إيجابية الفرد وكفاءته فى

- أو مقدرته على - المواجهة الفعالة للمواقف والمشكلات التى تزخر بها الحياة ، وتركيزه على إيجاد حلول لهذه المشكلات بدلاً من التمركز حول ذاته ، ومدى صلابته فى التصدى للعوائق التى تحول دون بلوغ غاياته وأهدافه المشروعة ، وتنطوى هذه الإيجابية على عدة عناصر منها :

أ) الاستبصار بطبيعة الحياة ومطالب الواقع ومشكلاته .

ب) قوة الإرادة لتقرير ما يجب عمله إزاء هذه المشكلات ، والصلابة فى التصدى لها .

جـ) المبادأة والمرونة فى إيجاد حلول بديلة للمشكلات .

د) المقدرة على تحمل الإحباطات بحيث لا يصاب الفرد بالانزعاج والفزع إذا لم تتحقق أغراضه ، ولا يقع فريسة لمشاعر العجز أو قلة الحيلة أو اليأس .

هـ) تقبل الفشل والعمل على تدارك أسبابه وتلافيها عن طريق المثابرة وبذل المزيد من الجهد .

على أنه ليس كافياً أن يبدى الفرد مقدرة على المواجهة والتصدى للصعوبات والمشكلات المختلفة التى تزخر بها الحياة ، دون مبالاة بما يمكن أن يترتب على أفعاله وتصرفاته من نتائج ، فكما أن له استقلاليته وإيجابيته وحريته فى كيفية التصدى لمشكلاته (اتخاذ القرارات) ، فإن عليه أن يتحمل المسئولية الشخصية والاجتماعية لقراراته وأفعاله وتصرفاته ، أى ما يترتب على تفكيره وتصرفاته من نتائج ، كما أن عليه تحمل مسئولياته فى محيط أسرته وعمله ومجتمعه ، ويكشف ذلك كله عن مدى نضجه الانفعالى والاجتماعى ، واستقلاليته واعتماده على نفسه فى تصريف أمور حياته ، ومن ثم تكتمل صورة هذا المظهر من مظاهر الصحة النفسية .

فالأفراد المضطربين نفسياً وعقلياً غالباً ما يفتقدون الاستبصار بمشكلاتهم ، كما يفتقدون الإرادة ومن ثم الإيجابية فيقفون عاجزين أمام مشكلات الحياة ، وهم لا يبالون بتصرفاتهم ، كما لا يبالون بما يترتب عليها من نتائج ومن ثم لا يتحملون مسئولية أعمالهم .

٧) الشعور الإيجابى بالسعادة مع النفس والآخرين :

غالباً ما يشعر الفرد المتمتع بالصحة النفسية السليمة بالطمأنينة والسعادة والابتهاج والفرح ، وبالراحة النفسية والسكينة والتسامح إزاء الذات والآخرين ، وتنحسر لديه مشاعر الذنب أو الإثم والقلق ، كما يبدى شعوراً بالأمل وبالتفاؤل مما يؤثر بشكل إيجابى وفعال على معنوياته ، ويعطيه مزيداً من الدافعية لبذل الجهد والنشاط عموماً وإشباع حاجاته النفسية الأساسية ، والإقبال على الحياة عموماً والاستمتاع بمباهجها المشروعة ومتعها الحلال ، وإدراك قيمتها وتقديرها حيث يرى أن فيها ما يجب الكفاح من أجله .

ونظراً لكون الفرد عضواً فى مجتمع يحيا وسط الآخرين ويتفاعل معهم ، فإن استمتاعه وشعوره الإيجابى بسعادته مع نفسه - وإن كان مظهراً للصحة النفسية السليمة - فإنه قد لايعد كذلك إذا ما اصطدم أو تعارض مع سعادة الآخرين ، فما قيمة السعادة الشخصية إن كانت على حساب تعاسة الآخرين وشقائهم ؟ ... لذا فإن شعور الفرد بسعادته يجب أن يمتد ويتسع ليشمل سعادته واستمتاعه أيضاً بعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين . وكما يقول عبد العزيز القوصى (١٩٥٢) فإن " السعيد حقاً هو ذو الشخصية القوية الذى يعمل دائماً لتحقيق غرض سام ، والذى لا تتعارض حاجاته ورغباته مع مصالح الإنسانية " (ص٢٩٤) .

وهكذا تعد مقدرة الفرد على بناء الروابط الأسرية المتينة ، وعلى الإسهام بدور إيجابى فى المناسبات الاجتماعية ، وعلى إقامة وتكوين العلاقات الإنسانية والصداقات المثمرة مع الآخرين والاندماج الاجتماعى معهم فى محيط السكن والدراسة والعمل والنادى والتى تشبع احتياجاته للانتماء والشعور بتقدير الآخرين ومساندتهم الوجدانية ، وكذلك حاجاتة لأن يُحِب ويُحَب ويتعاون ويتفاعل اجتماعياً ، وكذلك استمتاعه بهذه العلاقات وشعوره بالسعادة الناجم عنها يعد من أهم مؤشرات الصحة النفسية السليمة .

٨) نجاح الفرد فى عمله والرضا عنه :

من أهم مظاهر الصحة النفسية السليمة مدى نجاح الفرد فى مهنته ورضاه عنها ومدى شعوره بإشباعه لحاجاته وأهدافه من خلال هذا العمل . ولعله من دلائل نجاح الفرد فى عمله ورضاه عنه : الإقبال على العمل ، تركيز الانتباه وبذل الجهد ، الإنتاجية

العالية ، النزوع إلى الاستقرار فى العمل ، حسن استخدام الآلات والأدوات والخامات ، نجاح الفرد فى إقامة علاقات اجتماعية فعالة ومثمرة قوامها التعاون والتسامح والإيثار مع زملائه ومرءوسيه ورؤسائه فى هذا العمل . ويتّوج ذلك كله بأن يرضى الفرد عن عمله Job Satisfaction حيث يستشعر إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية والمادية والعقلية عن طريق ممارسته هذا العمل .

ويعد الرضا عن العمل من أهم مقومات التوافق المهنى السليم للفرد لذا فإن من أهم الخدمات النفسية فى هذا الصدد خدمات التوجيه و الانتقاء المهنى للأفراد بحيث يحققون أفضل درجة ممكنة من التوافق مع ظروف عملهم ومتطلبات الأداء فيه .

ومن أهم مظاهر سوء التوافق المهنى التى قد تعبر عن اعتلال الصحة النفسية لدى الأفراد كراهية العمل وكثرة التغيب والتمارض ، وإساءة استخدام المواد والأدوات وانخفاض مستوى الانتاجية والكسل والخمول واللامبالاة بمقتضيات العمل ، سوء العلاقات بين العامل وزملائه والتمرد والعدوانية ، وذلك ما لم تكن هذه المظاهر ناتجة عن عوامل أخرى ترجع إلى الظروف الفيزيقية السيئة لبيئة العمل ، أو النقص فى استعدادات العامل نفسه أو تدريبه مثلاً .

٩) تبنى إطار قيمى إنسانى وأخلاقى :

غالباً ما يهتدى الفرد المتمتع بصحة نفسية سليمة فى تصرفاته وعلاقاته ومعالجته للقضايا والمشكلات بفلسفة واضحة أو إطار مرجعى إنسانى وأخلاقى من المعتقدات والقيم والاتجاهات ثابت ومستقر نسبياً ، وغالباً ما يشعر أيضاً بأن هذا الإطار نابع من داخله فهو ليس مكرهاً أو مجبراً عليه ، ومن ثم يجد فى التزامه الداخلى به إرضاءً وإشباعاً له ، ولا يشعر بأنه عبء عليه ، فهو يوازن من خلاله بين أهدافه الشخصية والمعايير والالتزامات الاجتماعية ، وينظر إلى الآخرين ومصالحهم مثلما ينظر إلى نفسه ومصالحه بعمق واعتبار . فهو يؤمن بالله ويتوكل عليه ، ويرضى بقضائه وقدره فى السّراء والضراء ، ويشبع احتياجاته بالحلال ، ولا يقرب الفواحش ما ظهر منها وما بطن ، كما يصبر ويحتسب عند الشدائد ، ويأخذ بالأسباب ولا يتواكل ، ويوطّن نفسه على حب الخير للناس فلا يحسد ولا يحقد ولا يظلم ولا يخون .

وهو يلتزم بالقيم الدينية والأخلاقية الواجبة فى تعاملاته وعلاقاته المتبادلة مع الآخرين : كالوفاء بالوعد ، والصدق ، وأداء الأمانة ، والتواضع ولين القول والمساندة الوجدانية ، ويراعى مشاعرهم ويحترم حقوقهم ويضحّى من أجلهم ويحسن جوارهم ، ويحب لهم ما يحب لنفسه ، ويتجنب ما يؤذيهم : كالسرقة والغش ، والخيانة والظلم والدسْ .

جدير بالذكر أن الثبات أو الاستقرار النسبى لهذا الإطار لا يعنى جموده بقدر ما يعنى عدم تناقضه مع نفسه أو تذبذبه بين الحين والآخر فى توجيه سلوك الفرد وهدايته ، كما لا ينفى مرونته وديناميته فى الاستجابة للمطالب والظروف والمتغيرات المتجددة باستمرار .

كما أن مثل هذا الإطار القيمى الإنسانى والأخلاقى يعيننا على التمييز بين كل من التوافق الحق كما يُشعر معه المرء بالإيجابية والكرامة ، والالتزام والمسئولية إزاء نفسه وتجاه الآخرين ، وبالسعادة والكفاءة والرضا من ناحية ، والتوافق بالانصياع التام أو الإمعية كما يشعر معه الفرد بالخنوع وفقدان الإرادة والقهر وانكسار الخاطر من ناحية أخرى .

١٠) السلوك العادى والخلو النسبى من الأعراض المرضية :

يعد السلوك العادى وبشكل مألوف يتقبله المجتمع ويتفق مع المعايير والمطالب الاجتماعية أحد أهم مظاهر الصحة النفسية السليمة ، وكذلك الخلو النسبى من الأنماط والأساليب السلوكية الشاذة والأعراض المميزة لأشكال الاضطرابات النفسية والعقلية التى تعوق الفرد عن المشاركة بشكل عادى فى الحياة الاجتماعية وتحد من تفاعله الاجتماعى والحياة مع الآخرين بشكل طبيعى : كالقلق الشديد والوساوس والهلاوس والمخاوف .. وغيرها .

وكما لا يعنى السلوك بشكل عادى متوافق مع المطالب الاجتماعية الامتثال والخضوع التام أو انتفاء نزوع الفرد للتحرر والاستقلال الذاتى وولعه بالإبداع ، فإن الخلو النسبى من الأعراض المرضية - أيضاً - لا يعنى غيابها تماماً بقدر ما يعنى غلبة الحيوية

والواقعية والمرونة ، والشعور بالسعادة والإيجابية والأمن والثقة وغيرها من مظاهر الصحة النفسية السليمة على الفرد أكثر من التصلب والجمود والتوهم ، والشعور بالتعاسة واللامبالاة ، والخوف والقلق الشديد وغيرها من المظاهر السلبية ، ذلك أن الكمال أو الخلو التام لأى فرد من جميع الأعراض المرضية - كما سبق أن أوضحنا فى أكثر من موضع - أمرٌ يكاد يكون غير موجود ومستحيل التحقيق ، فهناك درجات متفاوتة من حيث ما يتمتع به الفرد من صحة نفسية مثلما هو الحال بالنسبة لصحته الجسمية .

الباب الثاني

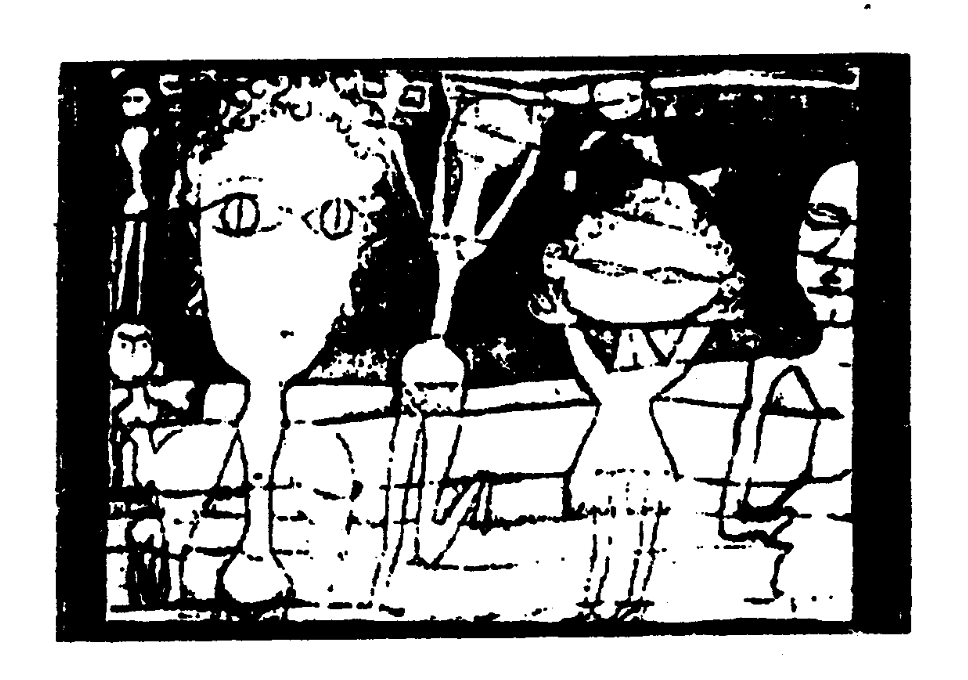
مفاهيم أساسية في الصحة النفسية

الفصل الثـالث: سيكلوجية الدافية

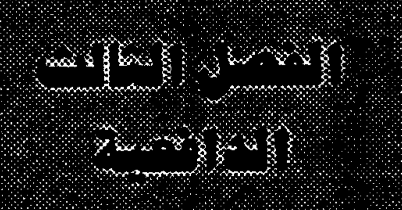
الفصل الرابـع: سيكلوجية الإحباط والصراع النفسي

الفصل الخامس: سيكلوجية القلق

الفصل السادس: سيكلوجية الميكانيزمات او الآليات الدفاعية



بول كلي " في المروج الخضراء" ١٩٢٣



- **مفهوم الدوافع .**
- **نظريات الدافعية .**
  - نظرية الغرائز
  - التيار الإنساني
- **تصنيف الدوافع .**
  - الدوافع الأولية
  - الدوافع الثانوية :
    - أ- الفروق بين الدوافع الأولية والثانوية
    - ب- علاقة الدوافع الأولية بالدوافع الثانوية
  - الدوافع اللاشعورية

الدافعية Motivation

السلوك الإنسانى نشاط غائى ، بمعنى أنه يرمى إلى تحقيق حاجة أو غاية معينة للفرد الذى يصدر عنه هذا السلوك خلال تفاعله مع البيئة التى يعيش فيها ، فالإنسان يولد مزوداً بأجهزة حاسية وتوصيلات عصبية معينة تمكنه من القابلية للاستثارة والإحساس والإدراك ، والاستجابة للمنبهات والمثيرات المختلفة التى تخلق فيه حالة من التوتر Tension تؤدى إلى فقدانه الاتزان ، مما يدفعه إلى محاولة استعادة استقراره بالاستجابة الملائمة لهذه المثيرات عن طريق القيام بنشاط معين .

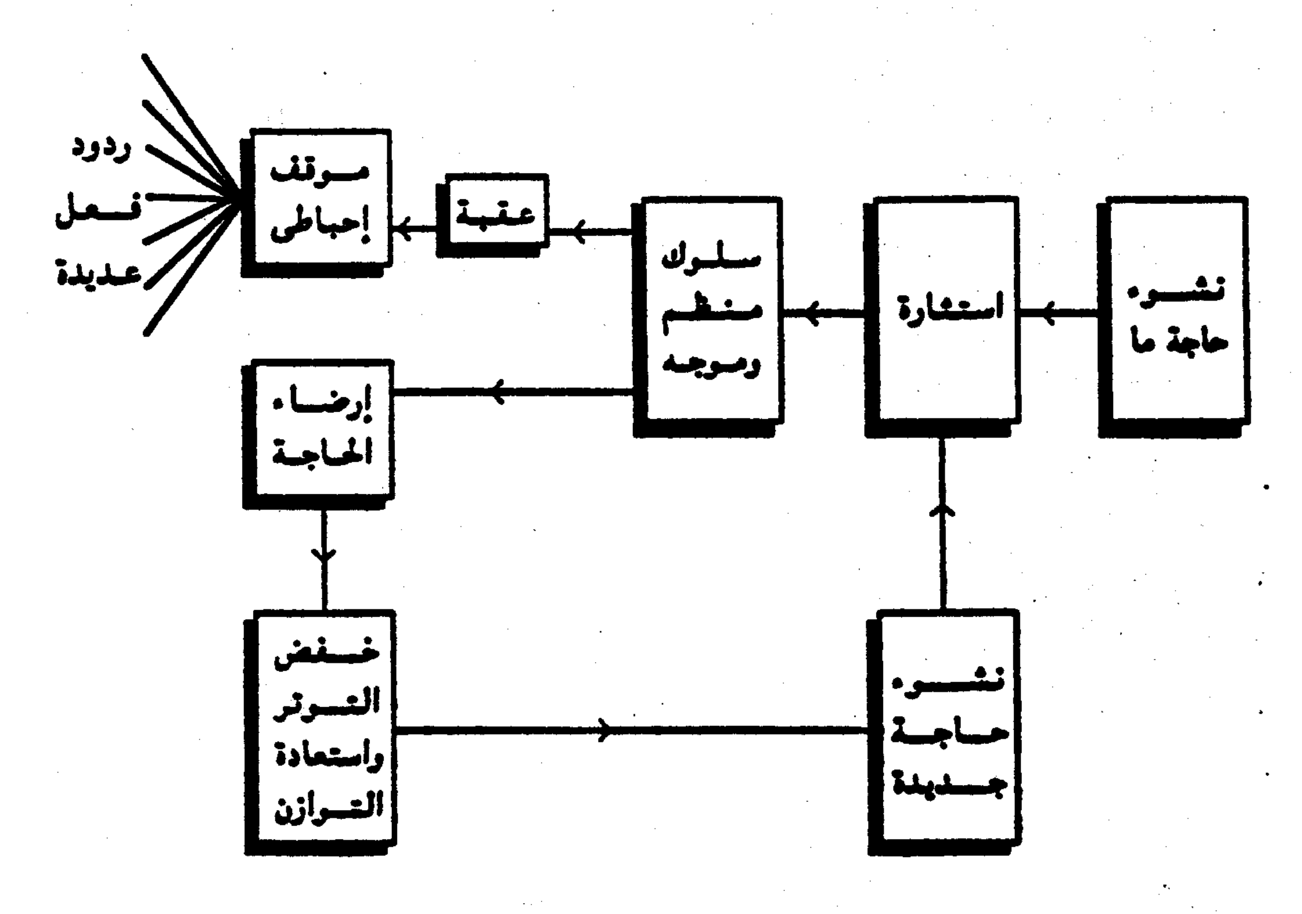
مفهوم الدوافع :

السلوك الإنسانى فى معظمه سلوك مدفوع ، يرمى إلى إشباع حاجات ما ، وإلى تحقيق أهداف معينة ، فالإنسان لا يأتى نشاطاً دون سبب يحركه ، ويدفعه إلى إتيانه ، سواء أكان واعياً بهذا السبب أم غير واع به . ويمكن تعريف الدافع بأنه " حالة داخلية أو نزعة فى الكائن العضوى - بيولوجية فسيولوجية ، أو نفسية اجتماعية - من شأنها أن تثير توتره وتخل باتزانه ، ومن ثم تحرك سلوكه وتحفزه إلى مواصلة نشاطه فى وجهة معينة سعياً لإرضاء حاجته ، أو تحقيق رغبته واستعادة توازنه " (عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٥ :١٧) .

فالإنسان أو الحيوان إذا ما شعر بالجوع أو الظمأ مثلاً ، تتولد لديه حالة من التوتر وعدم التوازن الفسيولوجى والنفسى ، وهو ما يدفعه إلى القيام بنشاط موجّه فى البيئة الخارجية بحثاً عن الطعام أو الشراب - بحسب حالته - بحيث لا يتوقف عن النشاط إلا بحصوله على ما يسعى إليه ، وإشباع حاجته منه بالقدر الذى يكفى لاستعادة توازنه .

وما يقال عن سلوك الكائن العضوى فى حالة العطش أو الجوع يقال أيضاً عن سلوك الطالب فى مثابرته وجديته وسهره مدفوعاً برغبته فى النجاح وحاجته إليه ، ويقال عن سلوك المرأة فى حرصها على التزين وانتقاء الملابس الملائمة التى تجعلها فى حالة رضى عن

نفسها مدفوعة برغبتها فى حب الظهور وحاجتها إلى تأكيد ذاتها والحصول على تقدير الآخرين ، كما يقال عن سلوك الطفل حينما يحتمى بصدر أمه مدفوعاً بخوفه من مثير غير مألوف بالنسبة له ، أو فزعه من حشرة غريبة . ويمكن تتبع حركة الدافع فى سلوك الكائن العضوى على النحو الذى يوضحه الشكل التالى :



شكل (٣) دورة الدافعية أو حركة الدافع

وكما يتضح من الشكل السابق فإنه تنشأ حاجة معينة لدى الكائن العضوى - كالحاجة إلى الطعام - بحيث تكون على درجة كافية من القوة ، فيترتب عليها اختلال فى توازنه ، أو حالة من التوتر الذى ينجم عن حالة الجوع وبفعل إفرازات العصارات المعدية ، والتغيرات فى كيمياء الدم . يتجه السلوك بعدها نحو تحقيق إشباع الحاجة القائمة فى وجهة معينة ، وبدرجة من النشاط تتكافأ ومستوى شدة الحاجة ، حتى يتم إرضاؤها بالقدر المناسب ، فيتم خفض التوتر والشعور بالارتياح ومن ثم استعادة التوازن ، وقد لا يتم إشباع الحاجة لوجود عقبة ما فيشعر الفرد بالإحباط .

ويشير مفهوم التوازن إلى تلك النزعة الطبيعية الداخلية الحثيثة لدى الكائن للحفاظ على حالة من الثبات النسبي البيولوجي والنفسي لديه تمكنه من استمرار حياته وبقائه . وبعد فترة من الزمن يختل هذا التوازن ثانية ، وتنشأ حالة توتر أخرى إما نتيجة للجوع نفسه ، أو لظهور حاجات جديدة تستلزم إشباعاً . وهكذا .. فإن الكائن يسعى باستمرار للمحافظة على ثباته وتوازنه الحيوى Homeostasis من خلال دورة الدافعية التى لا تنقطع أو تتوقف .

جدير بالذكر أن حالات التوتر تلك قد لا تنجم بالضرورة نتيجة لنقصان فى الطاقة - كما فى حالة العطش والجوع - وإنما قد تتولد نتيجة زيادة الطاقة فى الجسم كما فى حالة زيادة كمية الفضلات ، أو الشحنة العدوانية ، أو التهيج الجنسى .

للدافع وجهان متكاملان أحدهما داخلى والآخر خارجى ، يجعلان له عدة وظائف تتمثل فى تنشيط سلوك الكائن وتوجيهه وليس مجرد دفعة داخلية دون هدف ، أما الوجه الداخلى للدافع فهو الحافز Drive الذى يولد لدى الفرد نزوعاً Propensity إلى النشاط والحركة : كحالة الجوع ، أو الرغبة فى النجاح الدراسى ، مما يجعله حساساً لمنبهات معينة من بيئته ، وهى المنبهات المتصلة بهذا الحافز دون غيرها : كالطعام أو الشراب .

أما الوجه الخارجى للدافع فهو الباعث Incentive أو المحرّض المادى أو المعنوى وهو عبارة عن الهدف أو الموقف أو المنبه الخارجى الذى يلائم الدافع ويشبعه كالطعام فى حالة الجوع ، والماء فى حالة العطش ، وقد يكون هذا الباعث إيجابياً يجذب إليه الفرد ويستميله : كجائزة مادية أو مكافأة مالية فيؤدى إلى سلوك إقدام ، وقد يكون سلبياً يدفع الفرد إلى تجنبه والإحجام عنه واتقاء شره كعقاب بدنى ، أو سيارة مسرعة ، كما قد يكون الباعث مادياً محسوساً كقلم جديد أو دمية ، أو معنوياً ككلمة ثناء أو تقدير .

الدوافع عبارة عن تكوينات فرضية لا يمكن لنا ملاحظتها ملاحظة مباشرة ، إلا أننا نستنتجها من الشواهد السلوكية الناتجة عنها أو الدالة عليها ، بمعنى أننا نستدل عليها من الاستجابات السلوكية للفرد ، فإذا لاحظنا مثلاً أن سلوكه يتجه إلى الطعام استنتجنا وجود دافع الجوع ، كما يستدل من مدى شدة الاستجابات السلوكية للفرد وتكرارها ، على مدى قوة الدافع وإلحاحه عليه .

و تعمل العادات كدوافع حيث يمارس الفرد بعض الأفعال اليومية : كقراءة الجريدة صباحاً ، أو التدخين ، أو ترتيب أوراقه مساء كل يوم قبل أن يخلد إلى النوم ، ويبدو أن ممارسة الفعل مرة بعد أخرى ، وتكوُّن العادة ، يولد لدى الفرد قوة حفز تنبع من العادة ذاتها ، إذ يترتب على عدم ممارستها أو إتيانها شعوراً بالضيق والتوتر ، ويقال إنها تصبح مدفوعة بصورة ذاتية ، أى أن الاستجابة نفسها تعمل بمثابة دافع ، ويطلق على هذه العملية "الاستقلال الوظيفى للدوافع " .

نظريات الدافعية

تتعدد نظريات الدافعية ، ونعرض فيما يلى نموذجين من هذه النظريات هما نظرية الغرائز - وهى أقدمها - ، والمذهب الإنسانى مع التركيز على التنظيم الهرمى للدوافع لدى أبراهام ماسلو كرائد لهذا المذهب الذى يعد من أحدث الاتجاهات .

نظرية الغرائز Instincts Theory

اعتقد العلماء فى القرن الثامن عشر أن ما يحرك سلوك الحيوانات هو قوى معينة تسمى الغرائز ، وهى حالة فطرية تثير بصورة منتظمة استجابة محددة عند ظهور نمط معين من المثيرات . وعندما نشر داروين آراءه عن التطور وأصل الأنواع ، موضحاً أن الفرق بين الإنسان والحيوان هو فارق فى الدرجة وليس فى النوع ، سارع بعض العلماء فى تطبيق مفهوم الغريزة أيضاً على السلوك الإنسانى .

ويرجع السبق فى ذلك إلى عالم النفس الإنجليزى وليم مكدوجل W. Mcdogal (١٨٧١-١٩٣٨) مؤسس المدرسة الغرضية فى علم النفس ، فقد أطلق مصطلح الغرائز على الدوافع الأولية ، وعرّف الغريزة بأنها " قوى موروثة لا عقلانية ، تجبر السلوك على اتجاه معين ، وهى تشكل بصورة جوهرية كل شىء يفعله الناس ، ويشعرون به أو يفكرون فيه " (ليندا دافيدوف ، ١٩٨٨ : ٤٣١) .

وافترض مكدوجل وجود عدد من الدوافع الأساسية الأولية أو الطبيعية الوراثية أسماها بالغرائز ، ويشتق منها عدد آخر من الدوافع . وأورد فى ذلك ثمانى عشرة غريزة أو نزوعاً طبيعياً تعد المنابع الأصلية لجميع أفعال الإنسان ونشاطاته ، وذلك ضمن قائمتين

نشرت أولاهما عام ١٩٠٨ ، وثانيتهما عام ١٩٣٢ ، وهذه الغرائز هى : الجوع ، النفور ، الجنس (التكاثر) ، الخوف ، الاستطلاع ، الوالدية (تربية الأطفال) ، الاجتماعية ، توكيد الذات ، الاستسلام (الخضوع) ، الغضب (العدوان) ، الاستغاثة ، الإنشاء والتركيب ، التملك ، الضحك ، الراحة ، النوم ، الترحال ، وغرائز أخرى بسيطة لإشباع الاحتياجات الجسمية كالعطاس والتنفس والإخراج .

وقد انتُقِدت وجهة النظر الغرائزية تلك ، على أساس أن الغرائز بهذا الشكل يمكن أن تبلغ المئات بل والآلاف طالما أن لكل سلوك غريزته التى تحركه ، فضلاً عن أن وجهة النظر هذه تقف فقط عند مجرد وصف السلوك ولا تفسره ، فالقول بأن الإنسان يرغب فى أن يكون له أصدقاء لأن لديه غريزة الاجتماعية لا يقدم من معرفتنا ، ولا يساعدنا على فهم السلوك وضبطه أو التحكم فيه كأهداف أساسية لعلم النفس .

وقد تبنى سيجموند فرويد مفهوم الغرائز فى نظرية التحليل النفسى ، عندما ذهب إلى أن سلوك الإنسان تحركه مجموعتان أساسيتان من الغرائز هما غرائز الحياة التى يصحبها مبدأ اللذة ، وغرائز الموت التى يصحبها مبدأ العدوان . وقد لاقت نظرته تلك هجوماً شديداً حتى من أتباعه الذين عاصروه وانشقوا عليه ، وكذلك من المحللين النفسيين المحدثين .

التيار الإنسانى :

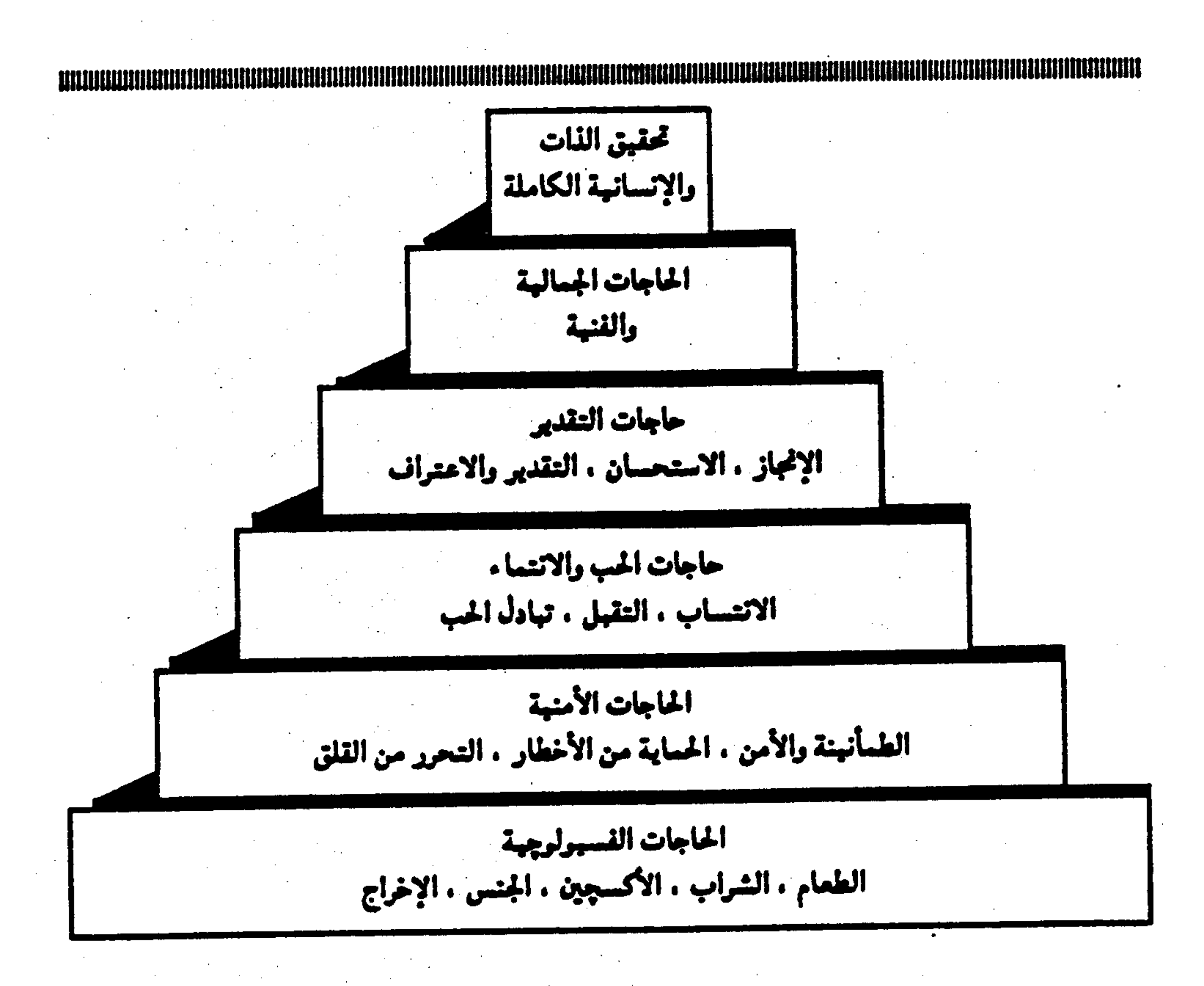
من أهم معالم هذا التيار أنه يعنى بالنظر إلى الفرد كإنسان وليس كآلة أو حيوان ، كما يعنى بدراسة مشكلاته وسلوكه ككل ، ومساعدته على فهم ذاته وتطوير استعداداته ومقدراته ، وتحقيق ذاته ووجوده ، كما يعطى اهتماماً كبيراً لدوافعه وقيمه الإنسانية .

ومن هذا المنطلق اقترح عالم النفس الأمريكى أبراهام ماسلو Maslow (١٩٠٨-١٩٧٠) الأب الروحى لعلم النفس الإنسانى نظريته فى الدافعية التى تلقى قبولاً متزايداً فى الوقت الراهن ، ويرى فيها أن الفرد الإنسانى يولد ولديه مستويات من الدوافع أو الحاجات الفسيولوجية والنفسية ، تنتظم فى شكل هرمى Hierarchy of Needs كما يوضح الشكل رقم (٤) .

ويرى ماسلو أنه توجد حاجات معينة لدى الإنسان لابد وأن تشبع أولاً قبل البحث عن إشباع بقية الحاجات - طبقاً لتسلسل الحاجات فى الشكل رقم (٤) من أسفل إلى أعلى - وكلما أشبعت حاجة ، حلت محلها مجموعة أخرى تالية لها من الحاجات . ويلاحظ أن هذه الحاجات تبدأ من الحاجات الدنيا الولادية الفطرية ، أو الفسيولوجية (الطعام ، الشراب ، الهواء ، الجنس ..) وهى أقوى الحاجات وأكثرها إلحاحاً لدى الإنسان ، إذ يؤدى عدم إشباعها إلى تهديد حياته وتعريضه للاضطرابات العضوية . وفى المستوى الثانى تأتى الحاجات الأمنية (الطمأنينة والأمان ، والحماية من المخاطر ، والتحرر من الخوف والقلق ، الحاجة إلى النظام ..) ويؤدى إشباع هذه الحاجات إلى تحقيق النمو النفسى السليم للفرد الإنسانى .

وبإشباع حاجات المستوى الثانى تنبعث حاجات جديدة فى المستوى الثالث من تنظيم الحاجات وهى حاجات الحب والانتماء (الانتساب ، التقبل ، الحب ، الانتماء) ، ثم يأتى المستوى الرابع ليتضمن حاجات التقدير والاحترام (الإنجاز ، والقبول والاستحسان ، الكفاءة ، التقدير والاعتراف) كحاجات ضرورية يكتمل بإشباعها إلى جانب حاجات المستويات السابقة تجنيب الفرد الاضطرابات النفسية ، وإشعاره بقيمته الشخصية ، وأهميته فى الجماعة التى ينتمى إليها . ثم يأتى المستوى الخامس ويتضمن الحاجات الجمالية والفنية ، فالمستوى السادس متضمناً حاجات تحقيق الذات أو الإنسانية الكاملة كما تتمثل فى احتضان الفرد للقيم الإنسانية العليا ، والمقدرة على التجريد ، والحب ، والسمو .

ويعقب عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٦ :٨٤-٨٥) عن وجهة نظر ماسلو قائلاً "يتحدث ماسلو عن دوافع الإنسان ، فيرى أنها حاجات بيولوجية ينشأ عن عدم إشباعها اضطرابات عضوية ، وأنها حاجات نفسية إن لم تشبع فى حينها أدى ذلك إلى اضطرابات نفسية ، وأنها قيم عليا إن لم تحقق أدى ذلك إلى اضطرابات روحية ، لهذا كله فهى دوافع هامة لسلوك الإنسان ، تدفعه و توجهه " .



شكل (٤) التنظيم الهرمي للحاجات عند أبراهام ماسلو

تصنيف الدوافع :

يمكن تصنيف الدوافع بحسب نشوئها أو مصدرها إلى دوافع أولية أو وراثية ، كالدافع إلى الطعام ، وإلى التنفس ، وإلى الشراب ، وإلى إخراج الفضلات ، وإلى الجنس ، ودوافع أخرى ثانوية أو اجتماعية مكتسبة : كالدافع إلى الانتماء ، وإلى القبول والتقدير الاجتماعي ، وإلى الشعور بالأمن ، والعادات ، والقيم ، والاتجاهات ، والميول .

كما يمكن تصنيف الدوافع بحسب مدى وعينا بها وإدراكنا لها إلى : دوافع شعورية نشعر بوجودها ونعيها كدافع العطش مثلاً ، ودوافع أخرى لا شعورية تحرك سلوكنا لكننا لا نعي بها بل ونذكرها ، وفي أحايين كثيرة تكون دوافعنا الشعورية غطاء يخفي وراء دوافع لا شعورية غاية في التناقض مع ما يظهر على السطح ، فقد يخفي الاحتفاء الشديد بشخص ما والاهتمام الظاهر به كراهية شديدة لهذا الشخص .

أولاً : الدوافع الأولية "الفطرية " Primary Motives

يقصد بها تلك الدوافع الفطرية التى يولد الفرد الإنسانى مزوداً بها ، ومن ثم فإنها لا تحتاج إلى تعلم أو مران ، كما أن التعلم لا يغير فيها تغييراً جوهرياً أو يؤدى إلى إلغائها إلغاءً تاماً . وتتمثل هذه الدوافع فى الحاجات الفسيولوچية الأساسية اللازمة للفرد والتى لا يستغنى عنها ، كالطعام والماء والأكسچين ، وإخراج الفضلات الزائدة والتناسل .

هذه الحاجات لا تتوقف على عوامل خارجية بقدر ما هى محكومة بعوامل فسيولوچية داخل جسم الكائن العضوى ، كالتغيرات الكيميائية والعصبية التى تحدث بناء على مقدار النقص أو الزيادة فى تلك الحاجات ، وما يترتب على ذلك من تقلصات معدية مثلاً كما فى حالة الجوع ، أو جفاف البطانة المخاطية فى الفم والحلقوم كما فى حالة العطش ، أو إفرازات الغدد التناسلية كما فى حالة التهيج الجنسى .

ويشترك الإنسان والحيوان فى هذه الدوافع الأولية نظراً لأنها تكفل لهما المحافظة على كيانهما ونوعهما ، لذا فإن حرمان الكائن الحى من إشباعها يؤدى إلى اختلال توازنه الحيوى وفنائه . وعلى الرغم من وجود هذه الدوافع لدى كل من الإنسان والحيوان إلا أنها تظل لدى الحيوان عبارة عن حفزات بيولوچية بحتة تبحث عن الإشباع الفورى الطليق المباشر دون قيود أو ضوابط ، بينما يختلف أمرها بالنسبة للفرد الإنسانى حيث يبدأ طفلاً لا تحركه سوى الحاجات الفسيولوچية الأولية (الأكل والشرب والإخراج .. إلخ) . ومع ازدياد نموه ونضجه وخبرته نجد أن طرق إشباع هذه الحاجات والعادات المرتبطة بها تخضع للعوامل الثقافية والحضارية والتقاليد والنظم الاجتماعية .

وتتفاوت الدوافع الأولية فيما بينهما من حيث النوع والشدة ، أو من حيث مدى ضرورتها لحفظ حياة الفرد ، فالحاجة إلى الأكسچين أو الدافع إلى التنفس أقوى من الدافع إلى الشراب والطعام اللذان هما أقوى من الدافع الجنسى ، ومن الممكن تصنيف الدوافع الأولية إلى ثلاث فئات :

أ - دوافع خاصة بالمحافظة على بقاء الكائن الحى وحياته أى الحفاظ على أمنه العضوى والجسمى ، حيث تمده بمصادر الطاقة الحرارية أو العناصر الغذائية التى تعد من الضرورات الأولية لاستمرار حياته ، وبالأكسچين اللازم لإحراق هذه الطاقة وتخليص الدم من ثانى أكسيد الكربون عن طريق الهواء ، وتعينه على التخلص من الفضلات ،

ومنها الدافع إلى الطعام والدافع إلى الشراب والدافع إلى التنفس والدافع إلى الإخراج (كالتبول والعرق والتبرز) وحاجاتنا إلى درجة الحرارة المناسبة والراحة والنشاط البدنى ، وتجنب الألم .

ب- دوافع خاصة بالمحافظة على بقاء النوع أو الجنس وتتمثل فى الدافع الجنسى ، وما يرتبط به من مظاهر الأبوة والأمومة .

جـ- دوافع خاصة بالتفاعل المتبادل بين الفرد وما يحيط به فى بيئته ، وهى أساس هام ليقظته العقلية العامة ونمو مداركه وبناء خبراته ومهاراته ومساعدته على التحكم فى مظاهر البيئة : كالدافع إلى التنبيه والاستثارة الحاسية Stimulation ، والدافع إلى الاستطلاع والمعالجة Curiosty & Manipulation .

ثانياً : الدوافع الثانوية " المكتسبة " Secondary Motives

يقصد بالدوافع الثانوية أو الاجتماعية تلك الدوافع التى يكتسبها الفرد الإنسانى ويتعلمها خلال تفاعله مع بيئته والظروف التى يعيش فيها ، سواء عن طريق التعلم غير المقصود بفعل عملية التنشئة الاجتماعية واحتكاكه بالأفراد الآخرين فى الأسرة والشارع والحى والمدرسة عبر التفاعلات اليومية ووفقاً للأعراف والتقاليد الاجتماعية . وتختلف الدوافع الثانوية عن الدوافع الأولية فى عدة أمور لعل من أهمها :

أ - الدوافع الأولية ذات أصل تكوينى بيولوجى أو فطرى أى أنها وثيقة الصلة بالتكوين العضوى الفسيولوجى للكائن الحى ، بينما الدوافع الثانوية ذات أصل اجتماعى أو مكتسب مما يعنى أنها أكثر صلة بالتكوين النفسى للفرد وظروفه الاجتماعية المختلفة .

ب- الدوافع الأولية مشتركة بين جميع أفراد الإنسان والحيوان ، على أساس أنها جزء لا يتجزأ من كيانهما الحيوى لا يستطيعان الاستغناء عنه ومواصلة الحياة بدونه ، بينما الدوافع الثانوية أكثر التصاقاً بالفرد الإنسانى عن غيره من الكائنات ، منها ما يشيع بين جميع الأفراد ومنها ما قد يرتبط بفرد ما دون غيره ، نظراً لما بين هؤلاء الأفراد من فروق فى النواحى العقلية والمزاجية للشخصية ، وفى التنشئة الاجتماعية والظروف البيئية والعوامل الثقافية .

جـ- الدوافع الأولية - خاصة لدى الحيوان - بسيطة البنية والتركيب بينما الدوافع الثانوية تتميز بكونها دوافع معقدة فهى تتأثر بالعوامل البيئية والاجتماعية والثقافية وظروف التنشئة والتربية ، والخبرات الشخصية لدى الأفراد .

د - الدافع الأولية محدودة العدد ويمكن حصرها بينما الدوافع الثانوية غير محدودة العدد ويصعب حصرها ، لأنها متغيرة من فرد إلى آخر ، كما أنها قد تتغير من وقت إلى آخر حتى بالنسبة للفرد الواحد سواء من حيث نوعها أو درجة شدتها وإلحاحها على هذا الفرد .

ومع أن الدوافع الأولية ذات أصل تكوينى فطرى وراثى إلا أن هذا لا يعنى أنها أكثر قوة وفاعلية بالنسبة للفرد عن الدوافع الثانوية ، ففى بعض الأحيان نجد أن دافعاً ثانوياً أكثر تأثيراً وتوجيهاً لسلوك فرد ما من الدافع الأولى ، كما هو الحال فى سيطرة الدافع إلى التملك والاستحواذ على المال لدى المرابين والبخلاء بحيث يصبح أقوى من الدافع إلى الطعام والراحة .

علاقة الدوافع الثانوية بالدوافع الأولية :

مع أن الدوافع الثانوية تكتسب بالتعلم خلال تفاعل الفرد مع البيئة ، وأثناء عملية التنشئة الاجتماعية ، إلا أن ذلك لا يعنى انعدام الصلة بينها والتكوين العضوى الفسيولوجى للفرد ودوافعه الأولية ، حيث يرى بعض العلماء أن الدوافع المكتسبة تتفرع عن الدوافع الأولية ، ومن هؤلاء العلماء " ألبورت " Alport فيما أسماه بمبدأ الاستقلال الوظيفى للدوافع The functional Autonomy of Motives . ومفاد هذا المبدأ أن دوافع الإنسان البالغ المكتسبة قد نمت أصلاً أو اشتقت من دوافع أولية ، لكنها استقلت عنها استقلالاً تاماً من الناحية الوظيفية . كما تستقل الشجرة من حيث حياتها الوظيفية عن بذرتها التى وضعت من قبل ، فالفرد الذى أدمن التدخين من الجائز أن يكون قد بدأ التدخين فى صغره بدافع الاستطلاع والتقليد إلا أن هذا الدافع قد استقل وظيفياً بعد ذلك عن الدافع الذى بدأ منه ، وأصبح يمثل فى ذاته بحكم العادة قوة حفز محركة لسلوك التدخين .

يذهب أحمد فائق (١٩٦٦) إلى أن الدوافع النفسية أى المكتسبة تستمد طاقتها من الدوافع الأولية ، حيث يتخصص كل دافع أولى فى إعارة طاقته إلى دافع مكتسب أو

أكثر ، ولعل فى ذلك ما يؤكد أن الدوافع المكتسبة تنبع من أصل بيولوجى حيث يكتسب الأفراد من خلال بيئاتهم وأطرهم الاجتماعية الطرق التى يشبعون بها دوافعهم الأولية ، وهذه الطرق التى تحددها المجتمعات وترسمها للفرد تغير من هذه الدوافع .

وربما يساعدنا على تفهم ذلك عدة أمور منها أن العوامل البيئية والاجتماعية ، تؤثر على أهداف دوافعنا الأولية ، فبينما يجعل البعض فى ظروف معينة الجنس هدفاً للإشباع الجنسى ، نجد البعض الآخر ينمون ويشبعون عديداً من الدوافع الأخرى كحاجاتهم إلى الحب وإلى الانتماء عن طريق الدافع الجنسى ذاته ، كما أن الدوافع الأولية قابلة للتحور سواء من حيث مثيراتها أو من حيث السلوك الصادر عنها ، فدافع الأمومة مثلاً لا يستثيره الإبن فقط ، وإنما قد يستثيره طفلاً معوقاً أو محتاجاً أو يتيماً ، والسلوك الناجم عنه قد يكون بتبنى هذا الطفل ، أو بالتبرع لدور الأيتام ، أو بالتطوع للعمل فى مؤسسات رعاية الطفولة مثلاً .

ومن أمثلة الدوافع الثانوية العديدة : الدافع إلى الانتماء ، والدافع إلى النجاح ، والدافع إلى التقدير الاجتماعى ، والدافع إلى التملك ، والدافع إلى التعاون ، والدافع إلى الأمن ، والدافع إلى التعبير عن الذات وتوكيدها ، وميول الفرد وعواطفه وقيمه ، كالقيمة الجمالية والقيمة الدينية والقيمة السياسية ، وغيرها مما يمكن أن يفسر لنا هذا التباين الهائل فى الأنماط السلوكية المختلفة .

الدوافع اللاشعورية : Unconscious Motives

تصنَّف الدوافع على أساس مدى الوعى بها إلى دوافع شعورية يعى الفرد بوجودها ويشعر بمدى قوة حفزها ودفعها لسلوكه ، فنحن نشعر مثلاً بالجوع وبالتقلصات العضلية الناجمة عنه فى جدران المعدة ، كما نشعر بالعطش وبالتغيرات الكيميائية الناجمة عن نقصان الماء فى أجسامنا والتى تتمثل فى جفاف الأغشية المخاطية المبطنة للفم والحلقوم ، فننشط إرادياً بحثاً عن الطعام لنأكل حتى نسد رمقنا ، وعن الماء فنشرب حتى نرتوى ، تماماً مثلما نشعر بالرغبة فى الإنجاز والتحصيل فننكب على عملية التعلم ، ونقبل بإرادتنا على ممارسة الأنشطة التى تكسبنا المهارات الجديدة ، وتنمّى من مقدراتنا وتوسّع

من خبراتنا . ونحن نتطلع إلى الحصول على تقدير الآخرين لجهودنا ، ونفرح لاستحسانهم تصرفاتنا لأننا نسعى للشعور بالحب والأمن والكفاءة والثقة بالنفس .

وهناك دوافع أخرى لا شعورية كثيراً ما يجهل الفرد حقيقتها ولا يستطيع تفسير أفعاله المترتبة عليها ومنها حالات النسيان رمزاً لرغبة لا شعورية فى الفرار من لقاء شخص ما ، أو هروباً من خبرة مؤلمة تشعره بالخجل والذنب إن ظلت ماثلة فى شعوره ، ومنها حالات فلتات اللسان وزلات القلم حيث يجد الفرد نفسه قد تورط أثناء الكلام أو الكتابة - دون وعى أو قصد - فى ذكر بعض الكلمات العكسية تماماً من حيث معناها لما كان يقصده ، فتسبب له الحرج البالغ ، ومنها أيضاً المخاوف المرضية عندما يجد الفرد نفسه مدفوعاً دون إرادة إلى الشعور بالرهبة والذعر من أشخاص أو مواقف أو حيوانات لا تستحق مثل هذه الرهبة الشديدة .

وعادة ما يكون الفرد حائراً إزاء كل هذه الأنماط السلوكية عاجزاً عن تفسيرها أو فهم دوافعها رغم تأثيرها فى سلوكه ، وتتسم هذه الأنماط بالطابع الرمزى والقهرى والشاذ . وكان فرويد هو أول من اكتشف هذه المواد الكامنة فى الحياة النفسية ، حيث أشار - على نحو ما سنوضح فى عرض نظرية التحليل النفسى - إلى وجود ثلاثة مستويات للحياة النفسية من بينها اللاشعور ، وهو ذلك المخزن أو القاع الذى قُذفت فيه المشاعر والذكريات والرغبات والأفكار والوجدانات التى لم تجد إشباعاً فى الوقت المناسب ، وتلك المواد غير المقبولة اجتماعياً وأخلاقياً ودينياً ، والمتعارضة مع مقتضيات الواقع والعالم الخارجى : كالميول العدائية نحو الأب أو الشعور الحاد بالنقص ، أو الميل الجنسى نحو بعض المحارم ، وذلك بفعل آلية الكبت . ونظراً لأن تلك المواد المحظورة المكبوتة تظل حية نشطة فى محبسها تمثل خطراً كامناً مهدداً للأنا ، وتكافح مراراً من أجل الطفو على سطح المستوى الشعورى ، فإن قوى المقاومة والكبت تقف فى طريقها لتحول دون ظهورها .

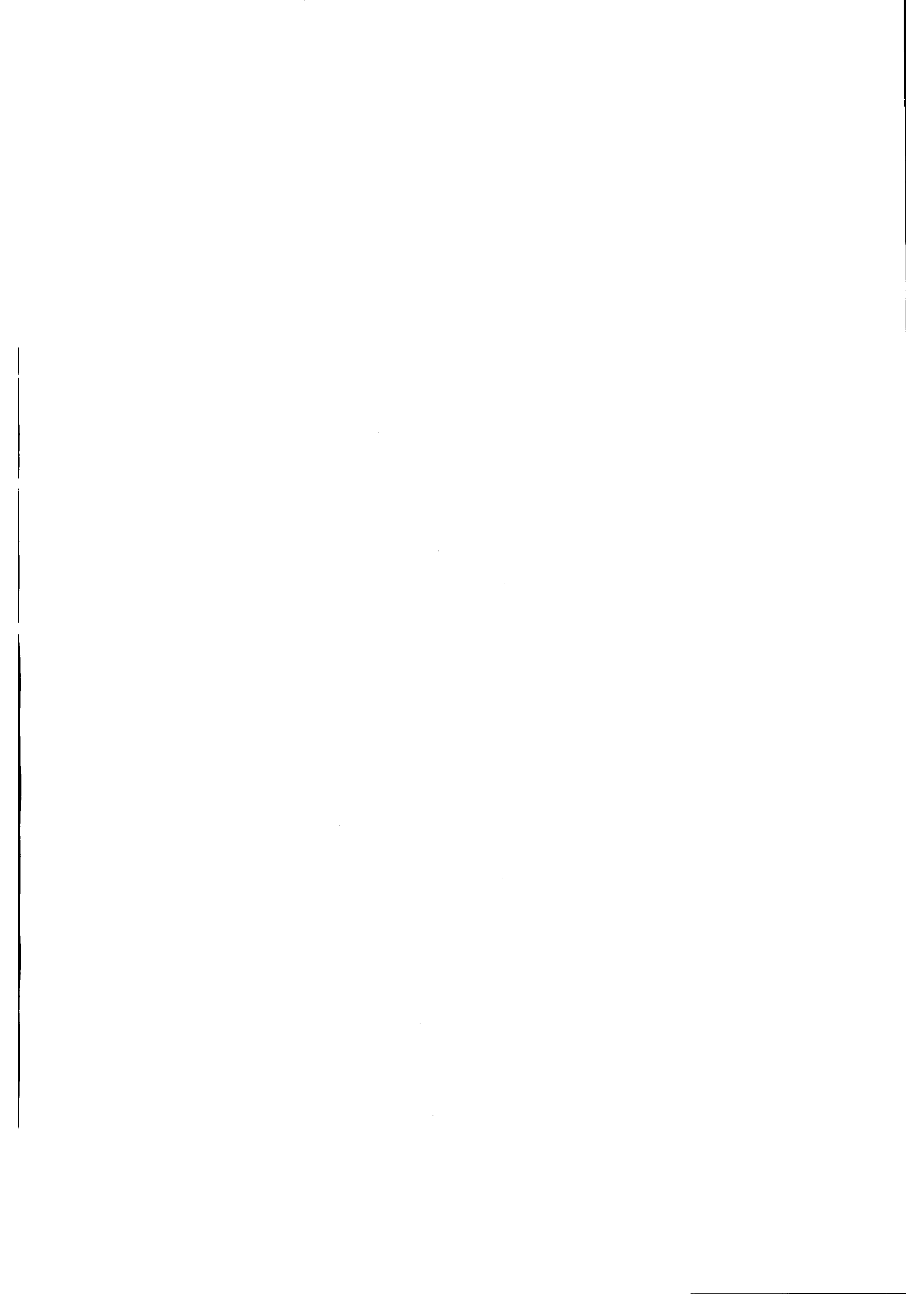
بيد أن هذه المواد المرغوبة عندما يعزّ عليها أن تطفو على سطح الشعور أو تشبع فى الواقع نتيجة مقاومة الأنا ، فإنها تلتمس الطريق للإشباع غير المباشر من خلال الهفوات وزلات اللسان ، وبالتمويه على نفسها كى تفلت من الرقيب (الأنا) من خلال الأحلام ، والآليات أو الميكانزمات الدفاعية - التى سيرد ذكرها فيما بعد - والاضطرابات النفسية

والعقلية ، وغيرها مما يستحيل على الفرد التحكم فيه وتبريره أو تفسيره وذلك على الرغم من شعوره بآثاره فى سلوكه .

ومن بين المواد اللاشعورية التى تعمل بمثابة طاقة دينامية لسلوك الفرد ما أطلق عليه بالعقد النفسية : كعقدة النقص ، وعقدة أوديب ، وعقدة إلكترا . فالشعور الحاد بالنقص والدونية يمكن أن يتطور إلى عقدة نقص تسوق صاحبها إلى مظاهر سلوكية غريبة لا يدرك الصلة بينها وشعوره الدفين بالنقص والقصور ، فينزع إلى التفاخر والتباهى والاستعلاء على الناس ، ومحاولة السيطرة على الآخرين ، والزهو والمظهرية والتحذلق .

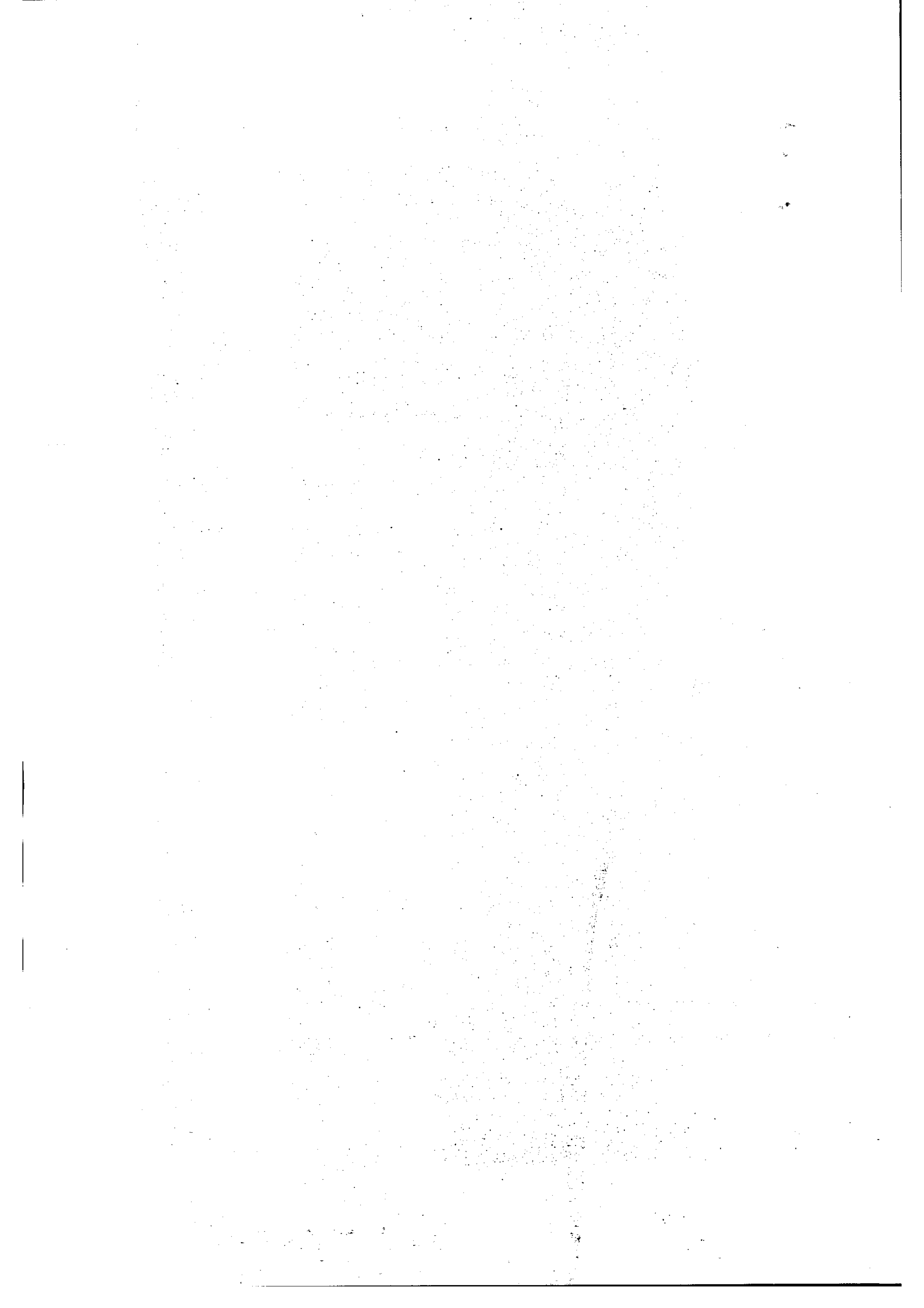
كما أن الولد الذى يعانى من صراع الموقف الأوديبى (كبت الغيرة الشديدة من الأب ، والرغبة فى الاستحواذ على الأم بلا شريك مقرونة بالشعور بالذنب نتيجة تناقض هذه المشاعر وتباينها) قد يحل صراعه أو عقدته الأوديبية بتقمص شخصية الأب نهائياً وحبه حباً شديداً ، وينبذ مشاعر تملك الأم أو التعلق الشديد بها . وقد تبقى الآثار العميقة لعقدة أوديب تلك ملازمة له طوال حياته فتؤثر ليس فقط على علاقته بأبيه وأمه وإنما على سائر الرجال والنساء ، وقد تُفضى به إلى الانحرافات والاضطرابات النفسية ، فربما حول كراهيته للأب إلى أحد ممثلى السلطة - كالمعلم - أو أعرض تماماً عن الزواج ، أو قرر الزواج ممن تكبره سناً ، أو تعرض للانهيار النفسى إذا ماتت أمه ... وهكذا .

جدير بالذكر أن تلك المواد المحظورة المكبوتة يمكن أن تطفو على السطح الشعورى من النفس من خلال عملية التحليل النفسى للشخصية ، وعن طريق منهج التداعى الحر Free Association الذى طوّره فرويد إذ يتيح فيه للفرد أن يسترخى تماماً ، ويتحدث بحرية دون تدخل أو تقييد خارجى عن أفكاره ومشاعره ، وذكرياته وأحلامه ، أو عن أى شىء يخطر بباله ، ويقوم المعالج بتحليل تداعياته وانفعالاته وأفكاره ، ومحاولة فهم ما تنطوى عليه من صراعات ورغبات مكبوته ، ومواجهته بها ومساعدته على الاعتراف بوجودها ، وحثه على تقبلها وحسن التعامل معها والسيطرة عليها كخطوة أولية فى العلاج النفسى التحليلى .



الفصل الرابع
الإحباط والصراع النفسى

- أولاً : الإحباط .
- مصادر الإحباط .
- النتائج المترتبة على الإحباط .
- الوقاية من الإحباط و مواجهته .
- ثانياً : الصراع النفسى .
- العلاقة بين الإحباط والصراع النفسى .
- تفسير الصراع .
  - نظرية التحليل النفسى .
  - النظرية السلوكية .
  - نظرية التنافر المعرفى



أولاً : الإحباط Frustration

السلوك الإنسانى فى معظمه نشاط معقد مدفوع يرمى إلى إشباع حاجات ودوافع وتحقيق أهداف معينة . وقد سبق أن أوضحنا أن الدافع عبارة عن حالة داخلية فى الكائن العضوى بيولوچية فسيولوچية أو نفسية اجتماعية من شأنها أن تثير توتره وتخل باتزانه ، ومن ثم تحرك سلوكه وتحفزه إلى مواصلة نشاطه فى وجهة معينة سعياً لإرضاء حاجته التى يرمى إلى إشباعها واستعادة توازنه ، من هذه الدوافع ماهو بيولوچى فطرى كحاجاتنا إلى الطعام والشراب والإخراج والجنس والاستطلاع والمعالجة ، ومنها ماهو اجتماعى مكتسب كالدوافع إلى الانتماء وإلى الحب ، وإلى التقدير وإلى الأمن وإلى تحقيق الذات . هذه الدوافع قد تكون شعورية يعيها الفرد ويدركها خلال سعيه لإشباعها وقد تكون لا شعورية يجهل الفرد حقيقتها رغم استثارتها لنشاطه وتوجيهها لسلوكه .

ولعل مما يدعم القول بأن السلوك الإنسانى سلوك معقد أنه يعتبر محصلة لتفاعل مجموعتين من القوى والعوامل ، إحداهما داخل الفرد ذاته والأخرى خارجه ، أو بمعنى آخر هو نتاج لعلاقة دينامية بين الفرد بما يتمتع من مقدرات وخصائص وخبرات مختلفة من جانب ، والظروف البيئية المادية والاجتماعية والاقتصادية و لثقافية التى يحيا فى إطارها من جانب آخر . ومن شأن هذه القوى والظروف أن تؤثر بدرجة ما على إشباعاتنا لحاجاتنا ، وعلى تحقيقنا لغاياتنا وأهدافنا ، فقد تُيَسِر هذه الإشباعات أو تحققها جزئياً أو تؤجل بعضها ، وقد تمنع بعضها أو تحول دونها كلية .

فإذا ما أعيق الإشباع يقال أن الفرد قد أُحْبِطَ بدرجة ما . وقد يندر - بل ربما يستحيل - أن يستطيع الفرد تحقيق الإشباع الكامل لكل حاجاته فى جميع الأحوال ، أو يجد نفسه فى ظروف تسمح له بذلك ، لذا فإن معظم الأفراد صغاراً وكباراً يتعرضون لمواقف إحباطية بدرجات متفاوتة تختلف باختلاف احتياجاتهم ورغباتهم ، وأهدافهم وتوقعاتهم وظروفهم ، وخبراتهم ومقدراتهم الجسمية والعقلية ، وخصائصهم وسماتهم الشخصية ، كما تختلف باختلاف الكيفية التى يدركون بها ما يمرون به من مواقف يُحال فيها بينهم وبين إشباع بعض احتياجاتهم .

ويمكننا تعريف الإحباط بأنه حالة انفعالية غير سارة قوامها الشعور بالفشل وخيبة الأمل تتضمن إدراك الفرد وجود عقبات أو عوائق تحول دون إشباعه لما يسعى إلى إشباعه من حاجات ودوافع ، وبلوغه ما يسعى إلى تحقيقه من أهداف .

وهكذا يتبين أن مفهوم الإحباط ينصب أساساً على الجانب الانفعالي المتمثل فى التأثيرات الوجدانية السلبية للموقف الإحباطى على الفرد : كمشاعر الفشل وخيبة الرجاء ، والتبرم والضيق والقلق ، وربما القنوط والاكتئاب ، إضافة إلى الجانب الإدراكى المتمثل فى إدراك وجود عقبة ما تعترض مسار سلوك الفرد لإشباع دافع أو حاجة ما .

ومن وجوه الإحباط أن يحرم طالب من دخول لجنة الامتحان لوصوله متأخراً نتيجة عذر قهرى خارج عن إرادته ، أو يفشل فى الحصول على مجموع يؤهله للالتحاق بالكلية التى يطمح فيها نظراً لظروف مرضية أو أسرية ألمت به ، أو عدم تمكن شاب من الزواج بفتاة ملكت عليه قلبه لعجزه عن الوفاء بشروط أهلها المالية ، أو حرمان موظف من علاوة أو مكافأة يرى نفسه جديرا بها لاستبداد مديره أو ظلمه ، أو اكتشاف المرء خلو إطار سيارته من الهواء وهو يهم بالسفر لأمر ضرورى ، أو فقدان أحد الأحبة الذين يشبعون حاجاتنا إلى الأمن والمساندة ، أو إسناد المناصب لغير أهلها أو مستحقيها .. وهكذا .

وقد يصبح الشعور بالإحباط أشد وطأة على النفس وإيلاماً لها فى حالات معينة من بينها :

أ - عندما يدرك الفرد أن الدوافع المعاق إشباعها ، والأهداف الممتنع تحقيقها هامة أو ضرورية وحيوية ، ولا غنى له عنها ويستحيل تعويضها أو استبدالها . فالقيمة التى يخلعها الفرد ويضفيها على دوافعه وأهدافه المحبطة تزيد من تأزمه النفسى كلما كانت عالية .

ب- عندما يدرك المرء أن العقبات والعوائق التى تحول دون إشباع دوافعه واحتياجاته شديدة ومستعصية - كالسجن السياسى ، أو تفشى الفساد والظلم - فالألم النفسى قد يكون غير محتمل إذا ما شعر الفرد باستحالة تجاوز العائق أو التغيير فى الوضع القائم .

جـ- عندما يقترب الفرد من هدفه ويوشك على تحقيقه ثم تنشأ عقبة ما تحول دون بلوغه ،

كأن يفقد طالب تقدير ممتاز على درجتين أو ثلاث ، أو يجتاز المتقدم لكلية ما جميع اختبارات القبول ثم يخفق فى آخر اختبار .

د - عندما يقوم الفرد بمحاولات متكررة ويبذل جهوداً متواصلة لبلوغ غاية معينة ويفشل فى تجاوز العقبة التى تعترض سبيله رغم محاولاته المتكررة .

جدير بالذكر أنه برغم أن للإحباط تأثيرات متفاوتة على الحالة النفسية للأفراد ، إلا أنه كلما كان الإحباط شديداً ومتكرراً كان تأثيره على حياتنا وصحتنا النفسية وخيماً لا سيما فى مرحلة الطفولة ، كما أن الإحباط الشديد والمتكرر يؤدى بالفرد إلى الشعور بالعجز والحط من قدر الذات ، وعدم الثقة بالنفس ، ويفتح الطريق على مصـراعيه للتوتر والقلق واليأس ، واللجوء إلى الأحلام والحيل الدفاعية اللاشعورية وربما الاضطرابات النفسية .

مصادر الإحباط :

يمكن تصنيف العوامل أو العوائق المسببة للإحباط فى مجموعتين هما :

١- عوامل شخصية (داخلية المصدر) ومصدرها خصائص الشخص ذاته وسماته ومن بينها ما يلى :

أ - عجزه الجسمى بسبب ضعف حالته الصحية العامة أو المرض أو الإعاقة الحاسية أو الحركية ... إلخ .

ب- قصور استعداداته العقلية المعرفية كالذكاء والتفكير والمرونة والموهبة التى يستلزمها تحقيق هدف ما أو تعلم مهارة جديدة يرى نفسه محتاجاً لها .

جـ- سماته المزاجية الانفعالية المعوقة كالتشدد والضمير الصارم ، والخجل ، وضعف الثقة بالنفس والتردد والخوف والإهمال .. إلخ .

د - إدراكات الفرد لدوافعه وحاجاته ولنفسه وللمواقف التى يخبرها ، وما يسبغه على كل ذلك من أهمية ودلالة . فبقدر الأهمية التى يوليها الفرد أو يدرك بها الدافع أو الهدف المحبط يتحدد مدى شعوره بالإحباط ، فمن يدرك أن ما مُنِعَ من

إشباعه حيوى وهام يكون وقع الموقف الإحباطى عليه أقسى وأشد ممن لا يدرك الدافع المحبط والموقف ككل على هذا النحو . وربما يتولد الإحباط لأن الفرد ذاته يرى نفسه غير كفء أو يرى أن نجاحه فى اجتياز العقبات التى تعترضه صعب بل وبعيد المنال ، فيحجم عن بذل الجهد لتحقيق نجاح يطمح إليه ويرغب فيه مكتفياً بالشعور بالأسى وبالحسرة والرثاء لحاله .

هـ - ضعف الحالة الدافعية العامة للفرد وما يترتب على ذلك من تكاسل وخمول وتواكل ولامبالاة .

و - مقدرة الفرد على تحمل المواقف الإحباطية ، فالاستجابة للمواقف الإحباطية تختلف باختلاف الأفراد ومقدراتهم على تحملها ، فبعضنا لديه مستوى عال من التحمل والجلد والصبر على المكاره ، والاحتفاظ بتوازنه النفسى والتحكم فى سلوكه لفترة طويلة من الزمن نسبياً ، وتأجيل الإشباع المستهدف دون اللجوء لأساليب سلوكية خارجة ، وبعضنا لديه مستوى محدود من حيث تقبل الإحباط ينهار بعده ويأتى بأفعال وتصرفات غير مقبولة ، وبين هذين المستويين درجات مختلفة من المقدرة على التحمل والمرونة فى مواجهة المواقف ، وربما يرجع ذلك إلى عوامل كثيرة من أهمها ظروف التنشئة الاجتماعية ، وأساليب المعاملة الوالدية ؛ كالتدليل والحماية الزائدة ، والتعلم والخبرات السابقة لاسيما ما يرتبط منها بمرحلة الطفولة المبكرة ، حيث تكتسب خلالها الحاجات النفسية للأفراد درجات معينة مختلفة الأهمية ، تبعاً لاختلاف هذه الحاجات وهؤلاء الأفراد ، ومن ثم تتطور مقدراتهم على مدى تحمل منع إشباعاتها أى إحباطها .

ز - مقدرة الفرد على مواجهة المواقف الصراعية ، فعجزه عن حسم ما ينشأ داخله من رغبات وأهداف متعارضة ، أو عدم مقدرته على الاختيار بين أزواج من الحاجات كلاهما مر أو كلاهما حلو لا يمكن إرضاؤهما فى آن واحد ، كما سنتناول ذلك بمزيد من التفصيل بعد قليل .

٢- عوامل بيئية (خارجية المصدر) :

تتمثل المصادر الخارجية للإحباط فى بعض الظروف والعوامل البيئية غير المواتية

والتى تخرج عن إرادة الفرد ، ويعجز عن السيطرة عليها والتحكم فيها ، ومن بين هذه العوامل ما يلى :

أ - الظروف البيئية المادية الطبيعية : كالتضاريس والمناخ والطقس والضوضاء والتلوث البيئى .

ب- الظروف البيئية الاجتماعية والأسرية : كمعاملة الوالدين وأساليبهما فى التنشئة ، وبعض العادات والتقاليد ، وجماعات الأقران .

جـ- الظروف البيئية التعليمية المدرسية : كالنظم والمؤسسات التعليمية والمناهج الدراسية ، والمعلمين ونظم الامتحانات وغيرها ، من حيث مدى ملاءمتها لحاجات الفرد واستعداداته ، ومدى استثارتها لقدراته ، وكفالتها لفرص تنمية مواهبه ومهاراته واستثمارها ، والجو العام وأساليب المعاملة السائدة فى البيئة التعليمية .

د - الظروف البيئية الاقتصادية : ومنها النظم الاقتصادية وسوق العمل والفرص المتاحة لتشغيل الأفراد والمستوى الاقتصادى والدخول والمرتبات .. إلخ .

هـ- الظروف البيئية السياسية : ومدى كفالتها لممارسة الديمقراطية وحريات الفكر والرأى والتعبير والترشيح والاقتراع .

و- الظروف البيئية الحضارية : كالانفجار السكانى وتعقد النظم والتكنولوجيا والتراكم المعرفى والمعلوماتى .

وهكذا تتعدد الظروف البيئية الخارجية للإحباط ، كما تختلف تأثيراتها على الأفراد فما يمثل منها عائقاً لفرد ما قد لا يكون كذلك بالنسبة لغيره من الناس . هذا بالإضافة إلى أن درجة تأثير الموقف الإحباطى قد تتفاوت من فرد لآخر ، ومن التجارب التى أجريت فى هذا الصدد تلك التى أجريت على مجموعة من الأطفال الذين تركوا يلعبون لفترة بأدوات لعب غير مكتملة أو مكسورة ، أزيحت بعدها ستارة فى الغرفة التى يلعبون فيها ، فرأوا أدوات اللعب نفسها مكتملة ، وعندما أندفعوا تجاهها حِيل بينهم والوصول إليها عن طريق حاجز ، فظهرت عليهم أمارات الإحباط بدرجات متفاوتة حيث رفض بعضهم معاودة اللعب بالأدوات القديمة ، وحاول آخرون تحطيمها ، ومنهم من خرَّ مستلقياً على الأرض كأنه يندب حظه ، ومنهم من انخرط فى البكاء .

النتائج المترتبة على الإحباط :

حاول الباحثون دراسة نتائج الإحباط دراسة تجريبية وفقاً لافتراضات مختلفة من بينها فرض الإحباط – العدوان لدولارد وزملائه ، على أساس أن حدوث الإحباط يزيد من نزوع الفرد للاستجابة بطريقة عنيفة وعدوانية سواء بشكل صريح أم مضمر ، فالعدوان دائماً مؤشر على الإحباط ، وفرض الإحباط – النكوص لباركر وزملائه ويقوم على أساس أن الفرد ينكص نتيجة المواقف الإحباطية إلى ممارسة أنماط سلوكية مبكرة وأساليب صبيانية غير ناضجة . وقد أشتق هذان الفرضان من كتابات فرويد . وقد ووجهت هذه الأفكار بانتقادات من باحثين آخرين ، وفيما يلى نناقش ذلك بمزيد من التفصيل .

١- فرض الإحباط – العدوان Frustration - Aggression Hypothesis .

افترض دولارد وزملاؤه (١٩٣٩) كما أثبتت نتائج بحوثهم أن العدوان نتيجة طبيعية ورد فعل للإحباط ، وأن العدوان الناتج عن الإحباط إما يتجه بصورة مباشرة نحو مصدر إعاقة الفرد عن إشباع حاجته ، أو يُرجأ بصورة مؤقتة ، أو يتم تحويل الاستجابات العدوانية وإزاحتها من موضوعها الأصلى إلى موضوع آخر . مثلما يقوم الموظف الذى منع عنه مديره الترقية المستحقة له بإزاحة عدوانه وإفراغه على أشياء أو أفراد آخرين ، كأن يحطم الآلة الكاتبة التى يعمل عليها ، أو يثور على زملائه فى العمل أو على زوجته وأولاده لأسباب تافهة .

ويمكن تلخيص الاستنتاجات العامة التى توصل إليها دولار وزملاؤه من دراستهم للعلاقة بين الإحباط والعدوان كما أوردها عبد السلام عبد الغفار (١٩٦٧ : ١١٣ - ١١٧) فيما يلى :

١) تختلف شدة الرغبة فى السلوك العدوانى تبعاً لاختلاف كمية الإحباط الذى يواجهه الفرد . وهذا الاختلاف فى كمية الإحباط يعتبر دالاً على كل من :
   أ - مدى شدة الرغبة المحبطة (أهميتها للفرد) .
   ب - مدى إعاقة الاستجابة المحبطة .
   جـ- عدد مرات إحباط الاستجابة .

وهذا يعنى أن نزوع الفرد للعدوان يشتد كلما ازداد شعوره بالإحباط ، وأن

هذا الشعور بالإحباط يتزايد كلما كانت رغبات الفرد وأهدافه المحبطة حيوية بالنسبة له ، وكلما كانت العقبات التى تحول دون الإشباع المنشود (عوامل التدخل) أكثر مناعة ، وكلما تكررت محاولات الفرد لتجاوزها وفشل فى ذلك حيث تتراكم لدية كمية إحباط فى كل مرة .

٢) تزداد شدة الرغبة فى العمل العدوانى تجاه ما يدركه الفرد على أنه مصدر لإحباطه ، بينما ينخفض مقدار ميله للأعمال غير العدوانية إزاء هذا المصدر .

٣) كف السلوك العدوانى فى مواقف الإحباط يعد إحباطاً آخر من شأنه زيادة ميل الفرد للعدوان ، سواء ضد المصدر الأصلى للإحباط ، أو ضد عوامل كف السلوك العدائى ذاتها . (*)

٤) إن توجيه السلوك العدوانى نحو الذات ينشأ إذا كانت عوامل الكف التى تحول دون توجيه العدوان ضد الخارج أقوى من تلك التى تحول دون توجيهه لذات الفرد .

٥) الاستجابة العدوانية التى يبديها الفرد ضد مصدر إحباطه تعتبر بمثابة تفريغ لطاقته النفسية مما يقلل من احتمالات حدوث استجابات عدائية أخرى فى الموقف المثير للإحباط .

من زاوية أخرى يذكر والتر ميشيل (Mischel,1986) أن فرض الإحباط - العدوان التقليدى يؤكد أن كل الإحباطات تزيد من احتمالات ردود الأفعال العدوانية ، وأن كل عدوان يترتب على حالة إحباط مسبقة . وهذا الفرض ينطوى على أن غريزة العدوان تتطور طبيعياً كآلية للتغلب على الإحباطات لا سيما تلك التى تهدد نظام بقاء الكائن الحى . كما يشير ميشيل إلى أن نتائج البحوث الأخرى أوضحت أن فرض الإحباط - العدوان قد جاء أبسط من اللازم ، لأن رد الفعل العدوانى يمكن أن يحدث بدون إحباط مسبق ، فعلى سبيل المثال عندما

* لاحظ عندما تتدخل لفض نزاع أو اشتباك بين طرفين فتجد من يتصور أنه صاحب الحق تزداد اندفاعاته نحو الطرف الآخر كلما ازدادت محاولات منعه والحيلولة دون الوصول إليه ، وربما أفرغ طاقته العدوانية فيك شخصياً ، ويقول المثل الشعبى فى ذلك "ما ينوب المخلّص إلا تقطيع هدومه" .

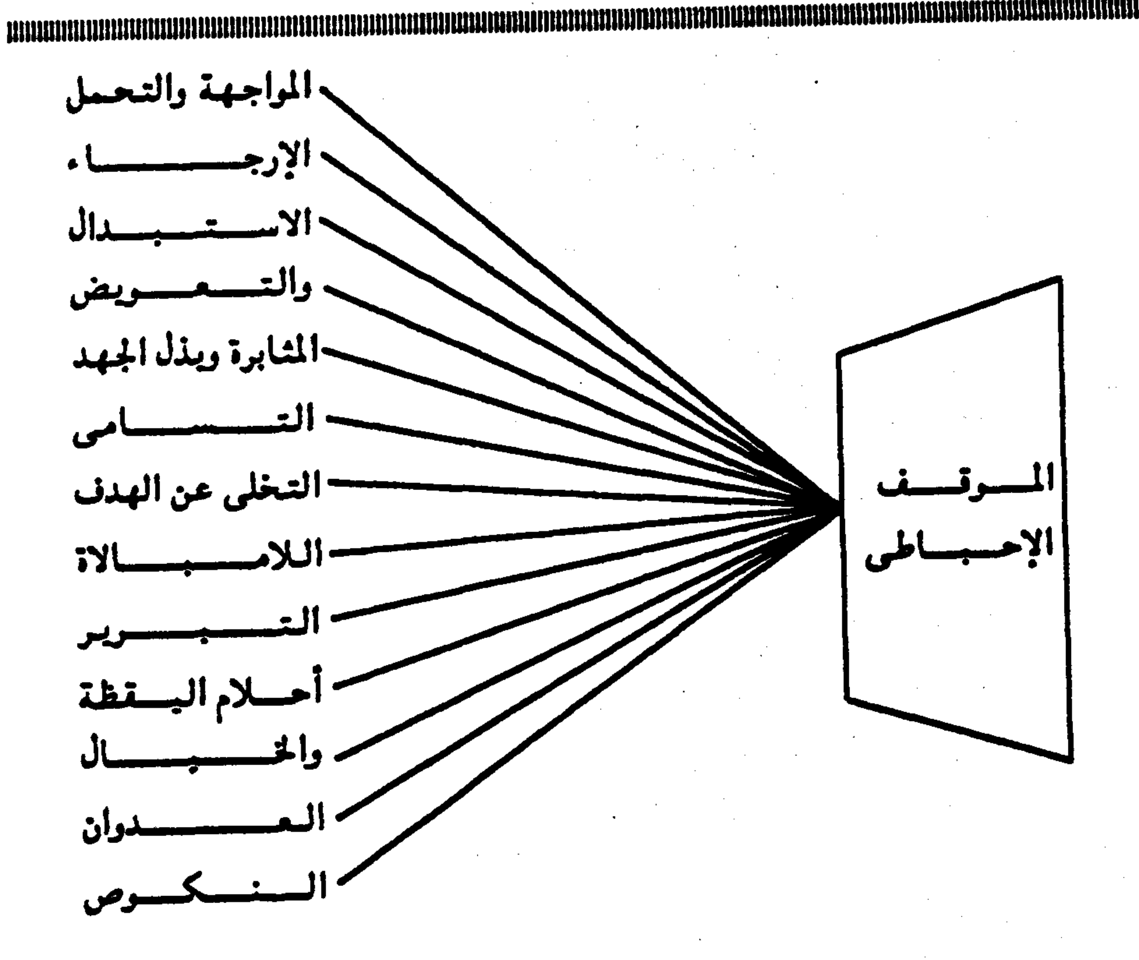
شاهد أطفال حضانة غير محبطين نموذجاً لشخص كبير يهاجم دمية كلب سرعان ما لجئوا إلى تقمص شخصية هذا النموذج وقاموا بمهاجمة الدمية بعد إخراجه من الغرفة . وأوضح أيضاً أن العدوان وإن كان غالباً ما يظهر بعد الإحباط ، إلا أنه من المؤكد ليس رد الفعل الوحيد الممكن للإحباط فهناك فروق كثيرة بين الناس فى إستجاباتهم للإحباط ، كما أن الفرد الواحد نفسه يتفاعل مع إحباطات معينة معتمداً على طبيعة المواقف ذاتها (Michel, 1986 : 388-389)

٢ - فرض الإحباط - النكوص - Frustration - Regression Hypothesis

افترض كلاً من ر. باركر R. Barker ، ت. دمبو T. Dembo ، ك. ليفين K. Lewin (١٩٤٣) أن الفرد فى المواقف الإحباطية ينكص إلى أساليب سلوكية بدائية بسيطة تتسم بالتدهور فى التفكير وعدم النضج والبنائية ، وكذلك عدم الملاءمة سواء لطبيعة الموقف أم لعمره الزمنى .

ويعانى هذا الفرض مما يعانى منه الفرض السابق ، فكلاهما يقصر نتائج الإحباط على سلوك واحد هو إما العدوان أو النكوص عند جميع الافراد وإغفال ما عدا ذلك ، وهو ما دفع بعض الباحثين إلى الاعتراض على تحديد نتائج سلوكية بعينها تترتب على الموقف الإحباطى ، فالافراد يتباينون من حيث ردود أفعالهم الناجمة عن الإحباط تبعاً لعوامل كثيرة من بينها مدى إلحاح الرغبة المحبطة وأهميتها ، والمقدرة على تحمل الإحباط ، وتفسير الموقف الإحباطى ذاته ، والخبرات السابقة للفرد وغيرها مما سلف ذكره .

ونظراً لأن الشعور بالإحباط أمر نسبى يختلف من شخص إلى آخر ، فإنه يتوقع أن تتنوع الاستجابات السلوكية المترتبة عليه ، ومثلما يلجأ بعض الناس إلى مواجهة المواقف المحبطة بأساليب سلوكية عدوانية أو نكوصية ، يمكن أن يلجأ بعضهم إلى أساليب أخرى كإرجاء الرغبة المعاق تحقيقها مؤقتاً ، أو التخلى تماماً عنها أو اللامبالاة بها ، أو استبدالها بهدف بديل يوجهون إليه جهودهم ، وقد ينزع آخرون إلى التعويض عن رغباتهم الأصلية أو التسامى بها ، فالمراهق الذى يحبط جنسياً قد يتخلص من إحباطه بتوجيه طاقته الجنسية وإفراغها فى نشاطات مقبولة اجتماعيا ؛



شكل (٥) تنوع ردود الفعل المحتملة المترتبة على الإحباط

كالفنون التشكيلية أو الشعر أو القصة أو الرياضة البدنية ، وربما لجأ البعض عندما يفشلون فى بلوغ أهدافهم إلى استخدام أسلوب التبرير وذلك بالتمسح فى أسباب غير حقيقية لإخفاقهم كى يتخففوا من مشاعر التوتر والفشل الناجمة عن عدم وصولهم إلى أهدافـهم . وربما دفع الموقف الإحبـاطى بعض الناس إلى المثـابرة وتكريس المزيد من الجهد لمواجهة العوائق ، والبحث عن طرق وبدائل ومهارات جديدة لتجاوز العقبات التى تعترض سبيلهم مما يسفر عن نتائج إيجابية مفيدة تجعل الأهداف التى كانت صعبة المنال من قبل فى متناول أياديهم (أنظر الشكل ٥) .

الوقاية من الإحباط ومواجهته :

سبقت الإشارة إلى أن الإحباط موجود لا محالة فى حياتنا صغاراً وكباراً ، فما

السبيل إلى زيادة المقدرة على تحمله ، والتعايش معه ، والوقاية من الشعور الحاد به ؟ وكيف يمكننا مواجهة آثاره السلبية ؟

من المبادئ الواجب مراعاتها فى عملية التنشئة الاجتماعية ، وداخل مؤسساتنا التعليمية والتى يمكن أن تعيننا فى هذا الصدد ما يلى :

١ - تنمية السمات المزاجية الانفعالية التى تساعد النشء على مواجهة الصراعات والإحباطات ؛ كالثبات الانفعالى والمثابرة ، والجلد وقوة العزيمة والتحمل والصبر ، وروح التفاؤل والثقة بالنفس ، والمرونة فى مواجهة المشكلات والمواقف الصعبة .

٢ - تجنب استخدام الأساليب اللاسوية فى تنشئة الأبناء سواء من قبل الوالدين أو المعلمين ؛ كالتفرقة والتذبذب فى المعاملة ، والتدليل والحماية الزائدة ، والتسلط والتشدد والقسوة مما يؤدى إلى نمو شخصية مشوهة التكوين النفسى ، خوافة غير ناضجة ، عاجزة عن اتخاذ القرارات وتحمل المسؤليات ، وأكثر عرضة للصراعات والإحباط الشديد .

٣ - مساعدة النشء على إنماء مفهوم واقعى عن الذات ، والاستبصار بإمكاناتهم ومقدرتهم الفعلية ، وجوانب القوة والقصور فى شخصياتهم وذلك لتمكينهم من وضع أهداف واقعية ومعقولة تتلاءم مع هذه الإمكانات ويكون بمقدورهم تحقيقها .

٤ - مساعدة النشء والشباب على تبنى إطار مرجعى من المبادئ والقيم والمعايير الاجتماعية والأخلاقية يستهدون به ويسترشدون فى سلوكهم بعامة ، وتحديد اختياراتهم بشأن البدائل المتاحة أمامهم بخاصة ، وهو ما قد يجنبهم الشطط وعدم الواقعية فى تطلعاتهم ، وتحديد أهداف بعيدة المنال يصعب عليهم تحقيقها ، أو الشعور بالعجز وقلة الحيلة فى مواجهة المشكلات .

٥ - تنمية التفكير العلمى لدى النشء مما يعينهم على حل المشكلات ، وربط النتائج بالأسباب التى أدت إليها ، ومواجهة المواقف على أسس علمية موضوعية وواقعية .

٦ - التخلى عن طرق تعليم القطيع ، ومراعاة الفروق الفردية بين الأطفال ، وتجنب الزج بهم فى منافسات ومقارنات غير متكافئة قد لا يترتب عليها سوى الشعور بالعجز واليأس والدونية والإحباط نتيجة التفاوت فى العمر أو درجة المهارة والخبرة أو نوع النشاط وغيرها .

٧ - حث الطفل على الاستقلالية واتخاذ قراراته بنفسه ، وتشجيعه على الإيجابية وحسن التصرف في المواقف المختلفة حتى تقوى مقدرته على تحمل المسئولية ومواجهة المواقف الإحباطية .

٨ - العمل على اشباع الإحتياجات البيولوجية والنفسية الأساسية للطفل دون إفراط أو تفريط ، وتجنب الاستجابة لكل مطالب الطفل ورغباته في جميع الظروف والأحوال حتى وأن تيسرت لدينا إمكانات تحقيق ذلك لتدريبه على إرجائها وتحمل المواقف الإحباطية والحرمانية التي قد يتعرض لها مستقبلاً .

٩ - تنمية الوازع الديني لدى النشء .

١٠ - إتاحة الفرص المناسبة لتدريب الطفل على المناقشة وإبداء الرأى ، وتقبل الرأى الآخر واحترامه ، واقتراح حلول بديلة للمشكلات ، والاهتمام بتهيئة الأنشطة الكفيلة بمقابلة إحتياجاته الخاصة ، والكشف عن استعداداته ، والعمل على تنميتها وصقلها واستثمارها ، وتوسيع دائرة خبرته واهتماماته .

ثانياً : الصراع النفسي Conflict

سبقت الاشارة إلى أن السلوك الانساني سلوك مدفوع بحاجات معينة من شأن كل منها أن يثير توتر الفرد ويخل باتزانه بدرجة معينة ومن ثم تُحرك سلوكه وتدفعه إلى مواصلة نشاطه في وجهة معينة بما يشبع حاجته ويعينه على استعادة توازنه . كما إن تحقيق هذا الإشباع أو عدمه ، والدرجة التي يتحقق بها يتقيد بعوامل كثيرة من أهمها : التنظيم الدافعي للفرد بما يشتمل عليه من دوافع قد تميزه عن غيره من الأفراد ، وإدراكات الفرد لدوافعه ، وأولويات تلك الدوافع بحسب الأهمية النسبية التي يُضفيها على كل منها ، والعلاقات فيما بينها . ومنها أيضاً تلك الظروف المحيطة بالفرد والفرص التي تتيحها لإشباع دوافعه . بمعنى آخر فإن إشباعات الفرد لحاجاته بل سلوكه عامة محكوم بمجال معين تتفاعل فيه قوى داخلية وخارجية على نحو خاص يعطي السلوك صورته النهائية .

وقد سبقت الإشارة أيضاً إلى أنه يصعب أن تتهيأ للفرد ظروف تمكنه من تحقيق الإشباع الكامل لكل دوافعه أو حاجاته . لذا فإنه غالباً ما يتم هذا الإشباع على نحو جزئى مما يترتب عليه إحباط بدرجة ما .

وقد يجد الفرد نفسه في مواقف مثيرة لحيرته وتردده ولتوتره الانفعالى خاصة عندما يكون إزاء حاجتين متعارضتين لا يمكنه إشباعهما فى آن واحد . أو أمام هدفين هامين يستحيل إنجازهما فى الوقت ذاته . فكل منهما يشده إليه بنفس الدرجة من القوة فيبدو وكأنه يتمزق بينهما عاجزاً عن الاختيار والحسم . هذه المواقف هى ما يطلق عليه مواقف الصراع النفسى . أما إذا فاضل بينهما واختار أحدهما دون الآخر فعندئذ يكون قد حل الموقف الصراعى وتوافق معه بشكل إيجابى .

يمكن تعريف الصراع النفسى إذن بأنه حالة انفعالية دافعية غير ساره قوامها الشعور بالحيرة والتردد والضيق والقلق . تصيب الفرد عندما تتنازعه اتجاهات مختلفة ذات قوى متساوية بشأن بعض دوافعه وأهدافه التى يسعى إلى إشباعها وتحقيقها . أو المواقف التى يواجهها . فيعجز عن اتخاذ وجهة معينة أو الوصول إلى حل محدد .

هذه الحالة قد تنشأ عن وجود دافعين أو هدفين محببين جذابين للفرد يتعذر عليه اشباعهما فى وقت واحد . وإن اشبع أو حقق واحداً منهما فإنه بالضرورة لن يشبع أو يحقق الآخر . وقد تنشأ عن دافعين أو موقفين أو هدفين منفرين " كلاهما مر " . ولا يستطيع الفرد تجنبهما معاً . وإن تجنب أحدهما فسيقع بالضرورة فى حبائل الآخر . وكأن الفرد " بين نارين " كما يقولون .

وقد تنشأ تلك الحالة عندما يكون الفرد إزاء دافع أو هدف أو موقف واحد يجتمع فيه الجمال والقبح فى آن واحد . أو فيه ما يجذب إليه ويشد وفيه أيضا ما يُنَفِّرُ منه ويُبْعِد عنه . فيتذبذب الفرد ما بين إيجابياته تارة وسلبياته تارة أخرى وكأنه يتأرجح ما بين " عين فى الجنة وعين فى النار " . وقد تنشأ حالة الصراع النفسى أيضاً عن وجود دافعين أو هدفين متناقضين متعارضين لكل منهما إيجابياته وسلبياته إن أشبع الفرد أو حقق أحدهما كسب إيجابياته وحلّت عليه سلبياته فى الوقت ذاته . لذا يصاب الفرد بالحيرة من أيهما يقترب وعن أيهما يبتعد ؟ وهكذا لا يستطيع المفاضلة بينهما واختيار أى منهما . فيعيش فى صراع نتيجة عجزه عن إتخاذ قرار يفض به الموقف الصراعى .

وعلى الرغم من تعدد هذه المواقف واختلافها فإن الصراع النفسى ينشأ فيها جميعاً فى حالة واحدة هى أن تتساوى القوى التى تمثلها الحاجات والدوافع أو الأهداف التى يتحير الفرد بشأنها فى كل موقف ، سواء بالإقدام عليها أم بالإحجام عنها أم بالإقدام والإحجام فى آن واحد - كما سنزيد ذلك تفصيلاً بعد قليل - لذا يعجز الفرد عن فض الصراع باتخاذ حل محدد للموقف الصراعى . ولكى يبدو ذلك أكثر وضوحاً نضرب المثال التالى : الحاجة إلى الطعام دافع حيوى لجميع الكائنات الحية بما فيها السيدات والفتيات ، كما أن حرص السيدات والفتيات على المحافظة على أوزانهن التماساً لرشاقة القوام وجمال المنظر أمر طبيعى أيضاً وقد يكون مطلوباً ، إلا أنه فى حالات محدودة قد تصبح درجة شدة الحاجة إلى الطعام عند فتاة ما مساوية لدرجة شدة حاجتها إلى المحافظة على رشاقة قوامها ، وعندئذ تتنازع هذه الفتاة قوتان متساويتان فى اتجاهين متعارضين تتمزق بينهما ، ومن ثم تكون فى موقف صراعى عاجزة عن اتخاذ حل حاسم فى وجهة معينة أتقدم على الطعام أم تحجم عنه ؟ كما قد تفشل فى الوصول إلى حل توفيقى لإشباع حاجتيها إلى الطعام والرشاقة فى وقت واحد .

وهكذا فإن الصراع موجود لا محالة فى حياتنا اليومية قد ننجح فى فض بعض أشكاله ، وربما نفشل فى مواجهتها وقد نهرب أو ننسحب من الموقف ، وعلينا أن نتدرب على مواجهته وتحمله من خلال تنمية الفهم والوعى والإدراك والاستبصار بدوافعنا وأهدافنا واحتياجاتنا ، وتحسين المقدرة على المفاضلة بينهما واتخاذ القرارات . فالصراع كلما تكرر وطال أمده ازدادت آثاره السلبية التى تتطور من مجرد التردد والحيرة والتذبذب إلى التوتر والقلق الشديد واللجوء إلى الحيل الدفاعية والتعجيل بظهور الأعراض المرضية النفسية والعقلية .

العلاقة بين الصراع والإحباط :

توجد علاقة وثيقة بين كل من الإحباط والصراع ، وقد ميز صلاح مخيمر (١٩٧٩:٧٩) بين نوعين من الإحباط هما إحباط يرجع إلى عقبات خارجية وأسماه حرماناً أو صداً ، وإحباط يرجع إلى عقبات داخلية وأسماه صراعاً .

من زاوية أخرى فقد يولد الإحباط صراعاً نفسياً فالطالب الذى حصل على درجة

يراها أقل من المعدل الذى يستحقه (إحباط) قد يجد نفسه فى حالة تردد بين رغبته فى نقد المعلم ومطالبته بإعادة تصحيح ورقته الامتحانية ، وخشيته فى الوقت ذاته من غضب المعلم وعقابه له (حالة صراع) . كما أن الصراع ذاته ينطوى على الإحباط بدرجة ما - كما سيتبين بعد ذلك فى الأشكال المختلفة للصراع - بل إن تجنبنا أو إحجامنا فى بعض الحالات عن موضوع أو هدف ما ضرورى لحياتنا ؛ كالطعام أو الجنس مثلا ، قد يزيد من إحباطنا البيولوجى . ويرتبط ذلك كله بشخصية الفرد وإدراكاته ، وتفسيره للموقف وإطاره المرجعى الذى يستمد منه أو يقرر على أساسه اختياراته وتفضيلاته .

تفسير الصراع :

أ - نظرية التحليل النفسى :

صوّرت نظرية التحليل النفسى الكلاسيكية لفرويد حياة الفرد كما لو كانت سلسلة متواصلة من الصراعات التى يحاول خلالها التوفيق بين قوى مختلفة متعارضة ، مثلما هو حادث بين الأنا الشعورية والمواد المكبوتة فى اللاشعور والمتأهبة دوما للظهور على مسرح الشعور ، أو بين المنظمات الثلاث المكونة للجهاز النفسى (الهى والأنا والأنا الأعلى) وبعضها البعض نتيجة تعارض أهدافها ووظائفها .

ويعد الصراع بين الهى والأنا الأعلى خاصة من تلك الصراعات المنذرة باختلال السلوك وظهور الأعراض المرضية ، فالصراع بينهما ينبئ بضعف الأنا وعدم تماسكها ، ونظراً لأن الأنا هى المنظمة الحاكمة للشخصية السوية والمسئولة عن تأمين التوازن بين الهى الممثلة للغرائز الجنسية والعدوانية من جانب ، والأنا الأعلى الذى يعمل بمثابة رقيب أخلاقى صارم من جانب آخر ، فإن الصراع بين هاتين المنظمتين - الهو ببهيميتها والأنا الأعلى بصرامتها وتشددها - سوف يحسم بعيداً عن الأنا لصالح إحدى الجبهتين مما سيسفر فى الحالتين عن اضطراب السلوك . كما أعطى المحللون النفسيون أهمية خاصة للصراعات اللاشعورية الراجعة إلى مرحلة الطفولة المبكرة سواء بفعل الكبت أم التثبيت ، ونظروا إليها كأساس للاضطرابات النفسية ، وأبرزوا أهمية الحيل أو الميكانزمات الدفاعية ودورها فى مواجهة الصراعات اللاشعورية .

وبينما صوّر فرويد الأمر وكأن الصراعات جزءاً من طبيعة الإنسان وأمراً محتوما لا يمكننا تجنبه ، ذهب بعض المحللين النفسيين المحدثين مذهبا آخر فقد رأت هورنى

أن مرجع الصراعات هو الظروف الاجتماعية وما تنطوى عليه خبرات الطفولة K . Horny الأولى من أساليب معاملة والدية غير سوية : كالنبذ والإهمال ، وأنه يمكن تجنب هذه الصراعات إذا ما نشأ الطفل فى مناخ أسرى ينعم بالأمن والثقة والتسامح والدفء العاطفى .

وكانت هورنى قد اقترحت قائمة من عشر حاجات يكتسبها الطفل فى سياق بحثه عن حلول لقلقه واضطراب علاقاته ، وأسمتها بالحاجات العصابية لأنها حلول غير منطقية للمشكلات ، ومن بينها : الحاجة للحب والتقبل ، والحاجة إلى آخر يتحمل مسئولية الفرد ، والحاجة للقوة ، والحاجة لاستغلال الآخرين ، والحاجة للمكانه المرموقة ، والحاجة إلى الاكتفاء الذاتى والاستقلالية ، ثم أدمجت هذه الحاجات العشرة فى ثلاث فئات هى : التحرك نحو الناس - كالحاجة للحب - والتحرك بعيداً عن الناس - كالحاجة للاستقلال - والتحرك ضد الناس : كالحاجة للقوة . وأوضحت أن تلك الحاجات هى المصادر التى تنمو منها الصراعات الداخلية ، حيث ينشأ الصراع بين الحاجات غير المنسجمة أو المتوافقة ، فالفرد الذى ينمى الحاجة إلى آخر يتحمل مسئوليته ويطوّر فى الوقت ذاته الحاجة إلى الاكتفاء الذاتى والاستقلالية سيعانى من الصراع ، كما رأت أن كل منا لديه حاجات عصابية بدرجة ما ، لكن عندما يعجز بعض الناس عن حل الصراعات فيما بين هذه الحاجات فإن بعضها ينزع للسيطرة على حياته ، وعندئذ يصبح عصابياً . (هول وليندزى ، ١٩٧٨ ، Morgan , 1988) .

ويقترب مصطفى فهمى (١٩٧٦ :٣٤) من هذا المعنى حينما يشير إلى أن الطفل يتخذ منذ طفولته أسلوباً خاصاً فى تعامله مع الناس وفى حل المشكلات التى تعترضه ، فإذا ما واجهته عقبة أو اعتراه صراع يسبب له الضيق والقلق أخذ فى البحث عما يخفف به من حدة توتره حتى يقع على أسلوب سلوكى يكفل له الراحة ، فقد يجد ضالته فى التملق أو استدرار العطف أو فى العدوان أو فى التواكل أو فى الاستقلال ، أو يجد فى العناد أو فى التمارض أو فى السيطرة أو فى الاعتماد على الآخرين مخرجاً من أزمته ، فإذا ما أفلح هذا الأسلوب فى خفض توتره وإراحته ، نزع إلى تكراره كلما واجهته صعوبة حتى أنه يصبح عادة تميزه وطابعاً يطبعه فى حل مشاكله وفى تعامله مع الناس ، ويسمى هذا الأسلوب أسلوب حياة الفرد أو أسلوبه فى التوافق .

ب - النظرية السلوكية :

أما السلوكيون فقد فسروا الصراع النفسى وفقاً لمفاهيمهم عن التشريط وقوانين التعلم ، وبناء على طريقتهم فى البحث القائمة على الملاحظة والتجريب ، وذهبوا إلى أن الصراع يمكن أن ينشأ إذا ما تعرض الكائن الحى لمثير شرطى سبق ارتباطه بمثيرين طبيعيين يستثيران استجابتين متناقضتين متساويتين من حيث القوة .

ومن أبرز إسهامات العلماء السلوكيين فى هذا المجال الدراسات التى قام بها دولارد وميلر على أساس أنماط الصراع التى توصل إليها كيرت ليفين - كما سيرد ذكرها فيما بعد - وقد خلصا من بحوثهما فى هذا الصدد إلى عدة مبادىء تحكم السلوك فى موقف الصراع هى :

١) إن النزعة إلى الإقدام نحو الهدف المرغوب تصبح أكثر قوة كلما كان الفرد أكثر قرباً منه . ويطلق على ذلك مدرج الإقدام أو منحدره Gradient .

٢) إن النزعة إلى الإحجام عن الموضوع المرهوب أو المنفّر تزداد قوة كلما أصبح الفرد أكثر قرباً منه . ويطلق على ذلك مدرج الإحجام أو منحدره .

٣) إن قوة النزعة إلى الإقدام على الهدف أو الإحجام عنه تتوقف على مدى قوة أو شدة الدفع سواء فى الاتجاه نحو الهدف ، أم الاتجاه بعيداً عنه .

٤) مدرج الإحجام أو منحدره أكثر حدة أو أشد ميلاً من منحدر الإقدام ، أى أن المعدل الذى تزداد به قوة النزعة إلى الإحجام عن الموضوع المرهوب كلما اقتربنا منه يكون أكبر من المعدل الذى تزداد به قوة النزعة إلى الإقدام على الهدف المرغوب .

٥) عندما يتعرض الكائن لدافعين أو هدفين متعارضين فإن الاستجابة فى اتجاه الدافع أو الهدف الأقوى والأكثر جاذبية أو الأقل ضرراً تكون هى الأكثر ميلاً للظهور .

٦) تزداد كل من النزعة إلى الإقدام والإحجام لدى الكائن قوة بفعل عملية التدعيم .

جـ- نظرية التنافر المعرفى Cognitive Dissonance :

ذهب ليون فستنجر L.Festinger فى نظريته عن التنافر المعرفى إلى أن الصراع والقلق ينشآن عندما تتعارض أو تتناقض النواحى والعناصر المعرفية كل منهما مع الآخر :

كالمعلومات والمدركات والمفاهيم والأفكار ، ومن أمثلة هذا التنافر عدم الاتساق بين الجوانب المعرفية والمعايير الاجتماعية ، فقد تعتبر نفسك أميناً ثم تراودك فكرة الغش فى الامتحان ، ومن ثم تشعر بعدم الارتياح فتنزع إلى إزالة هذا التعارض بأن تتخلى عن هذه الفكرة تماماً لتعارضها مع معاييرك الداخلية ، أو تنساق لها وتلجأ إلى الغش وتبرر هذا السلوك على نحو ما ، ومن أمثلة التنافر أيضاً عدم الاتساق بين سلوكك العملى (أفعالك) وأفكارك النظرية أو أقوالك * ، ويترتب على هذا التعارض صراعاً وقلقاً يدفعان بالفرد إلى محاولة الحفاظ على اتساقه المعرفى ، ويشير علاء كفافى (١٩٩٠: ٣٤٠) إلى أن للعمليات التبريرية قيمة كبيرة فى تلك النظرية لاسيما إذا ما أدت تلك العمليات إلى تخفيض حدة القلق فى المواقف التى يستمر فيها التناقض بين العناصر .

أشكال الصراع :

يصنّف الصراع من حيث وعى الفرد به إلى صراع شعورى يعى به الفرد ويدركه ، كصراع تلميذ ما بين المكوث فى غرفته لمذاكرة دروسه ، والاستجابة لنداء رفاقه بالذهاب إلى حفلة أو نزهة ، وصراع لا شعورى لا يعى الفرد أطرافه المتنازعة كما لا يفطن منه فقط سوى إلى حالة التوتر والضيق والإرهاق العصبى الناجم عنه .

ويصنّف الصراع من حيث الاختيارات والبدائل الداخلة فيه إلى نوعين : صراع داخلى Internal تكمن فيه الاختيارات داخل الفرد ذاته كما هو الحال فى تذبذب مراهق بين الالتزام بالقيم الدينية والخلقية من جانب وإلحاح رغباته الجنسية من جانب آخر ، أما النوع الآخر فهو الصراع الخارجي External الذى تكون فيه البدائل خارج الفرد كما فى حالة التردد فى اتخاذ قرار بشأن الالتحاق بإحدى كليتين أو وظيفتين ، وقد يكون الصراع بين اختيارين أو بديلين أحدهما خارجي : كالرغبة فى السباحة ، والآخر داخلى كالخوف من الماء .

ومن أشهر أنماط الصراع ما وصل إليه كيرت ليفين من تحليله لأنواع الصراع على النحو الآتى :

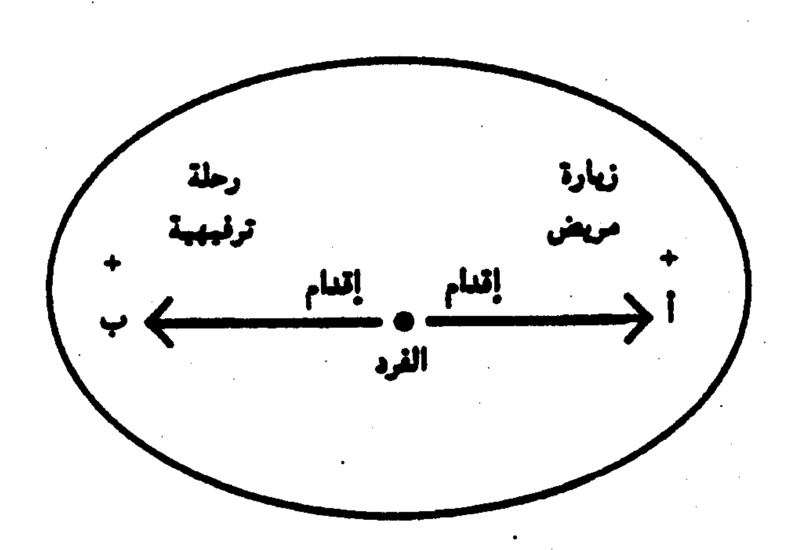
* من الأمثال الشعبية : " أسمع كلامك أصدقك وأشوف أمورك أستعجب" . فتجاربنا وحياتنا عموماً لا تخلو من أناس كلامهم حلوٌ طليٌ لكن فعلهم أدهى وأمَــرّ.

أ) صراع الإقدام - الإقدام "Approach - Approach":

يشير إلى موقف يكون فيه الفرد إزاء دافعين أو هدفين محببين يجذبانه بدرجة واحدة ، لكنه لا يستطيع اشباعهما أو تحقيقهما معاً فى الوقت نفسه ، فإشباع احدهما سوف يتمخض بالضرورة عن عدم إشباع الآخر أى إحباطه .

ويعد هذا النوع من أيسر أنواع الصراع قابلية للحسم ، فعادة ما يُرّجح الفرد أحد الدافعين أو الهدفين عندما يدركه على أنه ذو قيمة أكبر (مرغوب أكثر) من الآخر فيقدم عليه ، كما أن قوة استجابته بالإقدام نحوه سوف تتزايد تدريجياً كلما ازداد قرباً منه ، بينما تأخذ فى التناقص بالنسبة للدافع أو الهدف المنافس له وقد لا يترتب على ذلك إحباط يذكر .

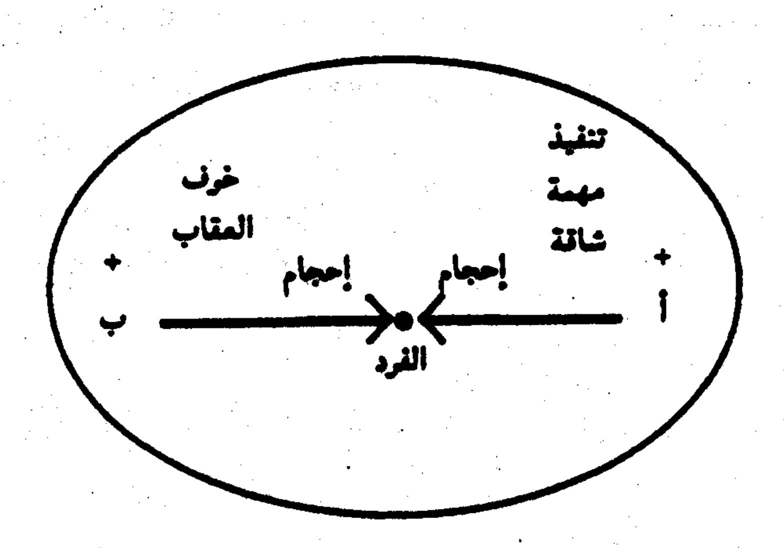
ومن أمثلة هذا النوع من الصراع تردد الفرد عند محاولته الاختيار بين كليتين أو وظيفتين يراهما مناسبتين لاستعداداته وميوله بقدر واحد ، أو حيرة الفرد بين قيامه برحلة ترفيهية فى يوم إجازته ، وقيامه بزيارة صديق مريض . ويمكن تمثيل هذا الصراع كما فى الشكل التالى :



شكل (٦) صراع الإقدام - الإقدام
موقع الفرد عند التقاء مرتبتى الإقدام

٣) صراع الإحجام - الإحجام " Avoidance - Avoidance" :

يشير إلى موقف يكون فيه الفرد إزاء دافعين أو هدفين كلاهما فيه ترهيب له وتنفير بدرجة واحدة أى كلاهما مُرٌّ كما يقولون ، لكنه لا يستطيع تجنبهما معاً ، وإن تحاشى واحدا وقع فى الآخر ، فعندما يحاول تجنب واحد منهما لكونه غير مقبول بالنسبة له يجد نفسه وقد اتجه بالضرورة نحو الهدف الآخر ، فإن تحاشاه لأنه منفر له بالدرجة نفسها وجد نفسه بالضرورة مكرهاً على الاقتراب من الهدف الذى حاول تجنبه أول الأمر . وهكذا يتردد " بين نارين " يظل متذبذباً بينهما . ومن أمثلة هذا النوع من الصراع تردد الطفل ما بين تنفيذ مهمة يكلفه بها أبوه لكنها ثقيلة على قلبه ، وخوفه من أن يصب الأب عليه جام غضبه ويحرمه من اللعب لو لم يقم بها . وتردد شاب يعجز عن الاختيار بين فتاتين فرضتهما عليه أسرته لكنه لا يجد فى نفسه ميلاً لواحدة منهما فكلاهما مُنفرٌ له ولا يحظى بقبوله . وحيرة موظف بين أن يدخل السجن لتقاعسه عن سداد دين عليه وأن يرتكب غلطة عمره فيختلس لسداد هذا الدين .



شكل (٧) صراع الإحجام - الإحجام
تذبذب بين هدفين منفرين بدرجة قوة واحدة

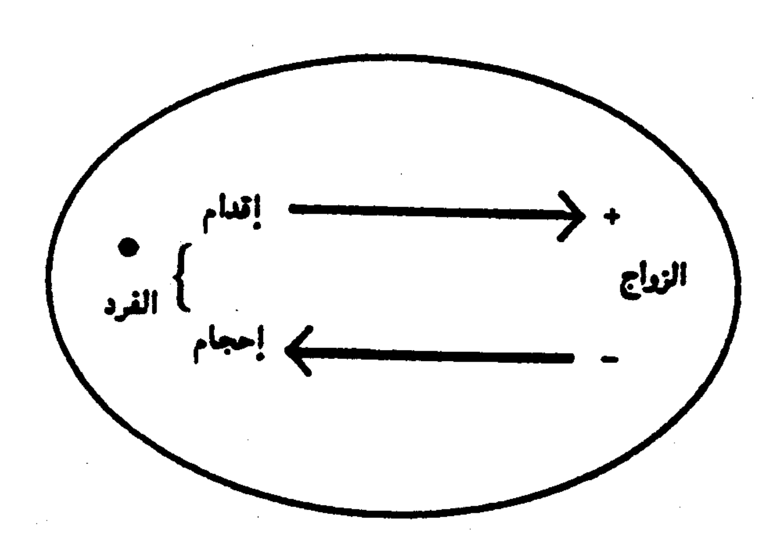
وربما يفض المرء صراعاً من هذا النوع بطريقة " أخف الضرر " لو أدرك أن أحد الهدفين أكثر تنفيراً له أو إثارة لخوفه من الآخر فيتجنبه ويتورط فى الآخر ، أو بطريقة "مسك العصا من المنتصف " كأن يتجنب الطفل فى المثال السابق غضب أبيه جزئياً فيؤدى المهمة دون أن يتعب نفسه ويرهقها مع استعداده لتحمل ما يترتب على هذا الأداء المنقوص خاصة عندما يدرك أن عقابه سوف يكون أخف وطأة مما لو تجنب أداء المهمة تماماً . وربما يهرب المرء من الموقف بالانسحاب كلية فتعوقه بعض الاعتبارات والعقبات المادية أو الاجتماعية ، وإن نجح فى الهرب فعلاً فربما لا يساعده ذلك على حل الصراع وإنما يزيده اشتعالاً لما يترتب عليه من مشكلات . وهكذا يتبين أن فرص الإفلات من الشعور بالألم والإحباط فى هذا النوع من الصراع محدودة بالنسبة للفرد .

٣) صراع الإقدام - الإحجام " Approach - Avoidance " :

ويشير إلى مواقف صراعية أكثر خطورة من الشكلين السابقين ، إذ يتولد عندما يكون الفرد أمام دافع أو هدف أو عمل واحد له خصائصه الترغيبية والترهيبية التنفيرية فى آن واحد ، ويتمثل الترغيب فى قوة جذب الهدف لما يمكن أن يسهم به فى خفض التوتر لدى الفرد (جانب إيجابى) فيأخذ فى الاقتراب منه ، أما الترهيب فيتمثل فى قوة طرد ينطوى عليها الهدف أو الدافع ذاته (جانب سلبى) وتتكشف للفرد كلما ازداد اقتراباً من الهدف ، ومن ثم يأخذ فى الإحجام عنه . وعندما يصل الفرد إلى نقطة تتساوى عندها أو تتعادل قوتا الاستجابتين المتعارضتين (الإقدام على الهدف لجاذبيته ، والإحجام عنه لسلبيته) ويعجز عن إصدار الاستجابة المناسبة فإنه يعيش عندئذ موقف صراع نفسى .

ومن أمثلة هذا النوع تردد شاب بين أن يُقْدِم على الزواج من فتاة جميلة وجذابة المنظر أو يُحْجِم عن ذلك لكونها أنانية مغرورة متعالية . أو تردد أم بين أن تسمح لابنها بالمشاركة فى رحلة تستغرق عدة أيام لكى يروّح عن نفسه ويعتمد على ذاته ويُثرى خبراته (جوانب إيجابية) وأن تمنعه عن المشاركة فيها خوفاً من أن يقع له خلالها ما يسوءه ، وذعرها من هذا التوقع (جوانب سلبية) . وتردد شاب ما بين أن يُقْدِم على الزواج لما فيه من ترغيب وإيجابية (كإشباع الدافع الجنسى وتكوين أسرة ...) أو يُحْجِم عنه لما قد يراه فيه من خصائص تنفيرية (تحمل المسئولية وتقييد الحرية والخلافات الزوجية ...) ويصعب

حسم هذا النوع من الصراعات ما لم يدرك الفرد أن الهدف أو موضوع الاختيار ينطوى على جوانب إيجابية أكثر مما ينطوى على جوانب سلبية .



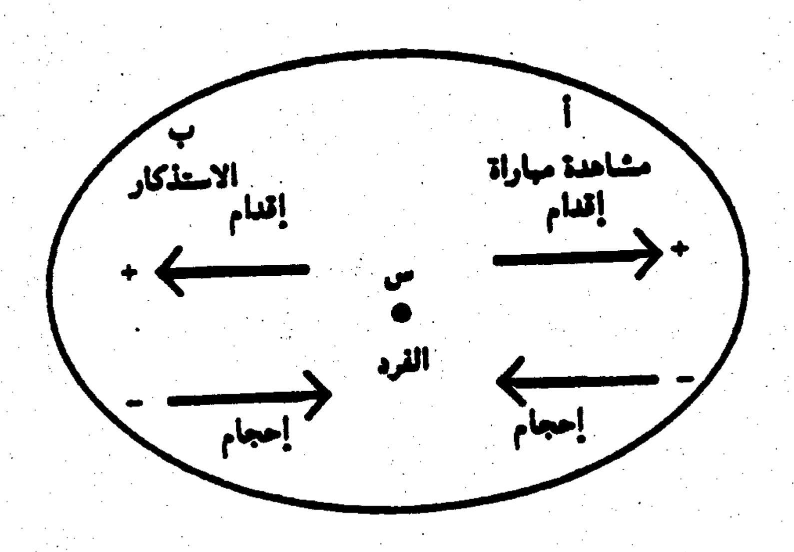
شكل (٨) صراع الإقدام - الإحجام
العجز عن نقطة تتساوى عندها قوة استجابتين متعارضتين

٤) صراع الإقدام - الإحجام المزدوج " Double Approach - Avoidance " :

تتضمن المواقف الصراعية من هذا النوع تعقيداً أكثر مما سبق تناوله من أنواع ، إذ يجد الفرد نفسه إزاء دافعين أو هدفين كلاهما له خصائصه الترغيبية (قوى جذب أو خصائص إيجابية) والترهيبية (قوى طرد أو خصائص سلبية) فى الوقت ذاته . وعندما يشرع فى الاقتراب من أحدهما ويحاول إشباعه أو تحقيقه لما فيه من خصائص إيجابية تبرز خصائصه السلبية ، فيتجه نحو الهدف الآخر لجاذبيته وكلما اقترب منه تكشفت سلبياته أيضاً . وهكذا فإن إقدامه على هدف واحد منهما يُكسبه إيجابياته ويُحل عليه سلبياته فى آن واحد ، كما أن إحجامه عن الهدف الآخر يقيه سلبياته لكنه يُفقده إيجابياته . فإن ظل متردداً مشدوداً بين الإثنين عاجزاً عن اتخاذ وجهة معينة يقدم على ماذا ويحجم عن ماذا ؟ فإنه يصبح نهباً للصراع .

ومن أمثلة هذا الصراع حيرة طالب بين أن يشاهد مباراة كرة قدم حاسمة أحد طرفيها فريق يحبه ويشجعه ، وأن ينصرف لمراجعة مادة دراسية سيؤدى امتحـــانها فى اليوم التالى ، فإن اتجه للهدف الأول لما يجد فيه من متعة المتابعة والتشجيع لفريقه الذى يحبه بدا " الوجه القبيح" لهذا الهدف أو أخذت خصائصه السلبية فى الظهور (اعاقته عن مراجعة دروسه التى سيمتحن فيها اليوم التالى) . وإن اقلع عن مشاهدة المباراة واتجه إلى المذاكرة ليستعد لامتحانه كما يجب أن يكون ما تلبث أن تظهر فيه جوانب سلبية أيضاً ، إذ تحرمه المذاكرة من مشاهدة المباراة . وربما ظل مذبذباً بين الهدفين دون حل لموقف الصراع . وقد يحسم المسألة بأن يحقق أحد الهدفين خوفاً من أن الوقت لن يسعفه لو ظل متردداً فيضيع عليه الهدفان معاً ، وقد يحسم الصراع بشكل أكثر إيجابية لو أدرك أن أحد الهدفين أكثر أهمية بالنسبة له فيرجّحه على الهدف الآخر ، كأن ينصرف الطالب فى المثال السابق إلى المذاكرة لأهميتها بالنسبة لمستقبله . على العموم فالاختيار بين الهدفين يعتمد على عوامل كثيرة تؤثر على الموقف منها الخبرة السابقة للفرد وإدراكاته ونضجه ومقدرته على تحمل الإحباط ... ، ومنها عوامل بيئية أخرى .

ويحسم مثل هذا النوع من الصراع عموماً إذا ما أدرك الفرد أن أحد الهدفين أو البديلين أحدهما يشتمل على جوانب إيجابية أكثر وجوانب سلبية أقل من البديل الآخر .



شكل (٩) صراع الإقدام - الإحجام المزدوج
تردد بين هدفين جاذبين ومنفرين بدرجة واحدة

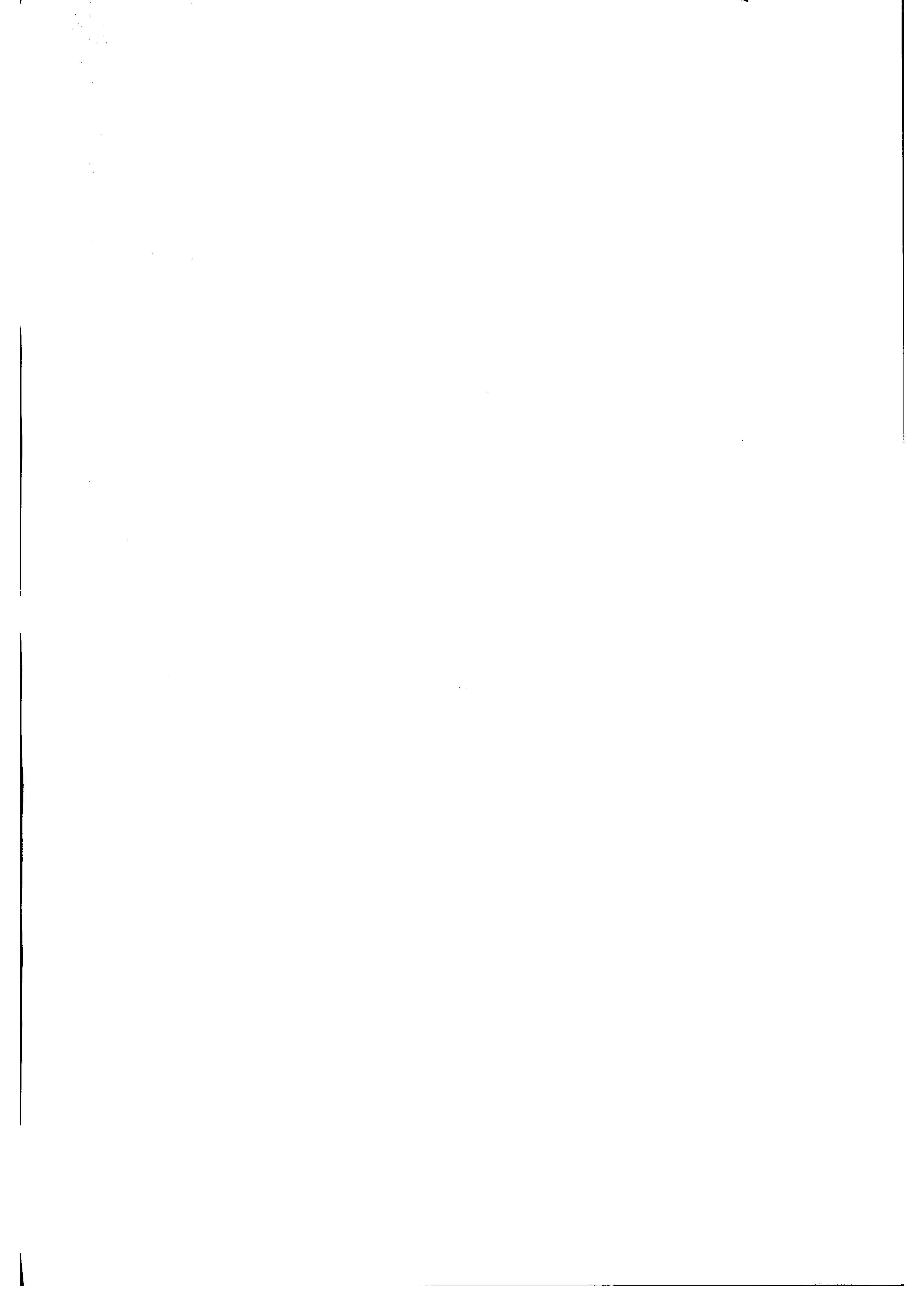
ويتضح مما سبق عرضه من أنماط الصراع كما حددها ليفين سهولة حسم الصراع الإقدام - الإقدام ، على حين تزداد الصعوبة فى اتخاذ القرار اللازم شيئاً فشيئاً فى صراعات الإحجام - الإحجام ، والإقدام - الإحجام ، والإقدام - الإحجام المزدوج بحكم تعقيدها وصعوبة إفلات الفرد من الإحباط بدرجة ما فى كل منها .

وتشير ليندا دافيدوف (١٩٨٨:٦١٩) إلى أن هناك عوامل عديدة تؤثر فى عملية اتخاذ القرار فى مواقف الصراع من بينها :

أ - قوة الحافز التى تثيرها البدائل المطروحة : فالأهداف التى تثيرها الحوافز القوية تؤدى إلى عملية جذب أكثر من تلك التى تثيرها الحوافز الضعيفة .

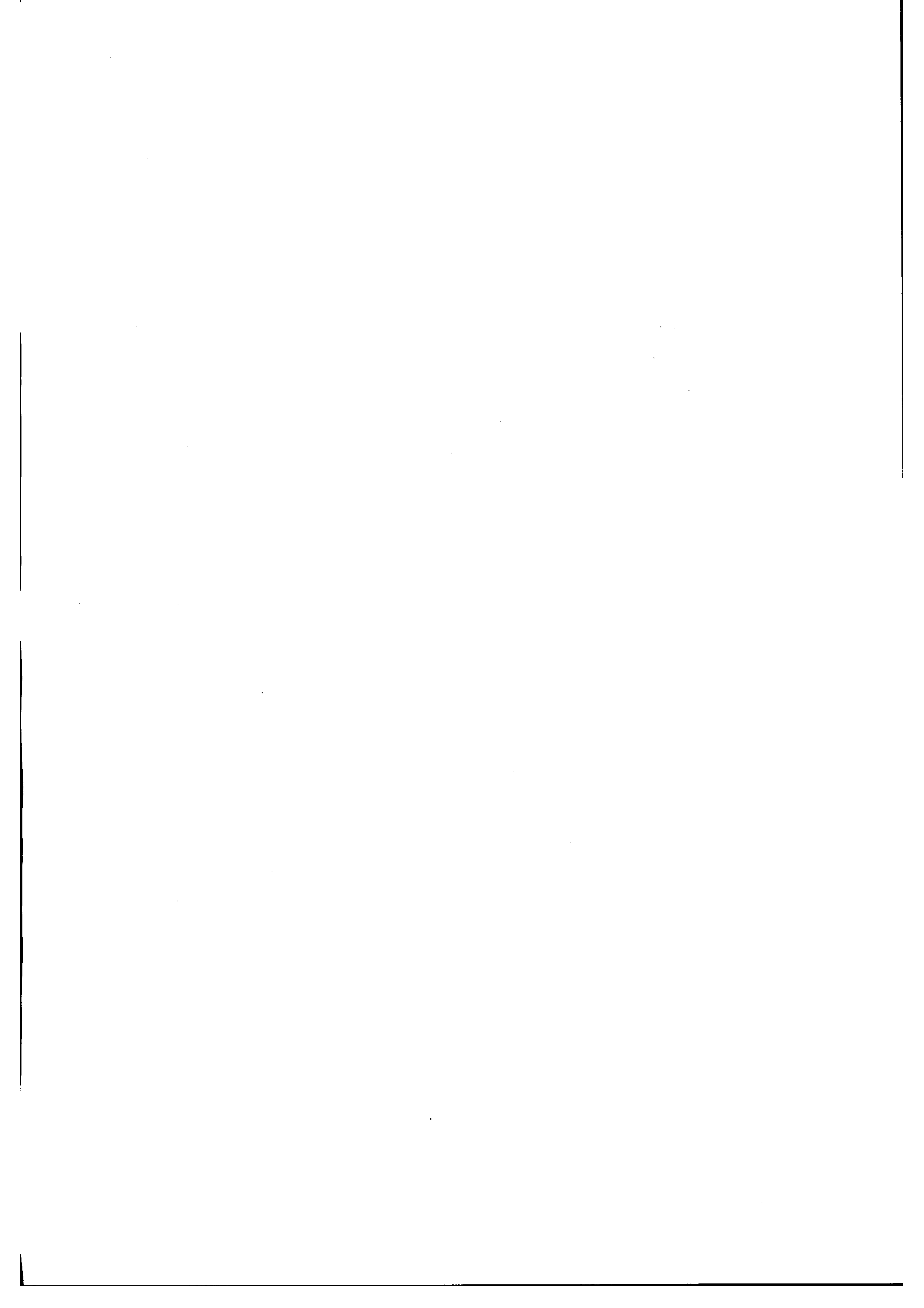
ب- البعد المكانى والزمانى عن الاختيارات : فالميل إلى الإقدام أو الإحجام عن بدائل معينة يزداد كلما قربت ، ويميل إلى الضعف كلما كانت البدائل بعيدة نسبياً ، وعلى سبيل المثال فالاقتراب من اختيار غير جذاب يجعله أكثر نفوراً لازدياد قوة ميلنا للإحجام عنه .

جـ- التوقعات المتعلقة بالبدائل المطروحة فى الصراع : فنحن نميل إلى الإقدام على الاختيارات الأكثر إشباعاً لاحتياجاتنا وأهدافنا .



الفصل الخامس
سيكولوجية القلق

- في مفهوم القلق .
- مصادر القلق وأسبابه .
- أنواع القلق .
  - القلق الواقعي
  - القلق العصابي
  - المظاهر والأعراض الاكلينيكية للقلق العصابي
    - أعراض نفسية
    - أعراض جسمية
    - أعراض نفسجسمية
  - القلق الخلقي
- المدارس النفسية وتفسير القلق
- قلق الحالة مقابل قلق السمة
- آثار القلق على الأداء .



القلق Anxiety

فى مفهوم القلق

القلق هو حالة انفعالية مركبة غير سارة Unpleasant تمثل إئتلافا أو مزيجا من مشاعر الخوف المستمر والفزع والرعب ، والانقباض والهم نتيجة توقع شر وشيك الحدوث ، أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما مبهم غامض يعجز المرء عن تبينه أو تحديده على نحو موضوعى .

وقد يكون مبعث هذا الخطر أو التهديد الذى يؤدى بالفرد إلى القلق داخلياً : كالصراعات أو الأفكار المؤلمة ، أو خارجياً كالخشية من شرور مرتقبة ككارثة طبيعية ، أو وجود عائق خارجى يؤدى إلى الإحباط . وغالباً ما يصاحب حالات القلق الحاد والمزمن خاصة استثارة وتغيرات فسيولوجية : كارتفاع ضغط الدم ، وازدياد معدل خفقان القلب والتنفس ، والعرق الغزير ، وجفاف الفم ، وارتعاش الأطراف ، والشعور بالغثيان والاختناق . كما تتبدى بعض مظاهر القلق فى الشرود الذهنى ، وصعوبة تركيز الانتباه ، وتدهور المقدرة على التفكير الموضوعى ، والسيطرة والعمل ، والأرق والكوابيس ، إضافة إلى التوتر العضلى والارتجاف والارتعاد والتحفز والنشاط الحركى ، مما يؤدى بالفرد إلى الشعور بالإعياء وسوء التوافق .

وهكذا فإن القلق يشتمل على عدة مكونات هى :

أ - مكون انفعالى Emotional أو وجدانى يتمثل فى مشاعر الخوف والفزع والتوجس والتوتر والهلع الذاتى والانزعاج .

ب- مكون معرفى Cognitive ويتمثل فى التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على مقدرة الشخص على الإدراك السليم للموقف والتفكير الموضوعى ، والانتباه والتركيز والتذكر وحل المشكلة ، فيستغرقه الانشغال بالذات والشك فى مقدرته على الأداء الجيد ، والشعور بالعجز وعدم الكفاءة ، والتفكير فى عواقب الفشل ، والخشية من فقدان التقدير .

جـ - مكون فسيولوچى Physiological ويتمثل فيما يترتب على حالة الخوف من استثارة وتنشيط للجهاز العصبى المستقل أو اللاإرادى مما يؤدى إلى تغيرات فسيولوچية عديدة منها ارتفاع ضغط الدم وانقباض الشرايين الدموية ، وزيادة معدل ضربات القلب وسرعة التنفس والعرق ، ويذهب بعض الباحثين من أمثال رويش (Rue-bush,1963) إلى أنه يمكن تمييز القلق بصورة واضحة عن الحالات الانفعالية الأخرى بوجود المصاحبات الفسيولوچية .

ويتشابه القلق مع انفعال الخوف فى كثير من الأعراض ، ويرتبط به ارتباطاً وثيقاً ، ويرى بعض الباحثين أن الخوف عبارة عن شعور ينصب على الحاضر حيث يبدو كرد فعل لمثيرات محددة ظاهرة حقيقية وواقعية ندركها ونعى بخوفنا منها : كسيارة مسرعة قادمة نخشى أن تدهمنا ، أو حيوان مفترس يتوجب علينا أن نأخذ حذرنا منه . بينما ينظرون إلى القلق على أنه شعور مبهم غامض ، أو خوف مستمر من مجهول ، وأن هذا الشعور ينصب على المستقبل أكثر من الحاضر حيث يتوقع الشخص أن شيئاً ما سيئاً يهدد أمنه واستقراره يوشك أن يحدث ، وأن هذا الشىء لا يمكن تفاديه ، كما يعجز عن تحديده تحديداً واضحاً .

ويمكن إجمال الفروق بين كل من الخوف والقلق فى النقاط التالية :

١- يكون مصدر التهديد فى حالة الخوف خارجياً ، بينما يكون مصدر التهديد فى حالة القلق داخلياً (لا شعورى) .

٢- يسهل تحديد مصدر الخوف أو موضوعه لوضوحه ، بينما يتعذر تحديد مصدر القلق لغموضه وإبهامه .

٣- تتناسب شدة الخوف مع درجة خطورة موضوعه أو مصدره ، بينما تفوق شدة القلق خطورة موضوعه أو مصدره لو تمت معرفته .

٤- استجابة الخوف مؤقتة تزول بزوال الموضوع المثير لها ، بينما تتسم استجابة القلق بالدوام والاستمرارية لارتباطها بمثيرات أقل تحديداً وأكثر غموضاً .

٥- غالباً ما يتقدم الصراع فى حالة الخوف ، بينما يكون القلق مصحوباً بصراعات نفسية .

ويعد القلق بمثابة القاعدة الأساسية والمحور الدينامى فى جميع الاضطرابات النفسية والعقلية ، والنفسجسمية والانحرافات السلوكية ، فهو القاسم المشترك فيما بينها جميعاً ، كما أنه أكثر فئات العصاب شيوعاً ، ويذكر حامد زهران (١٩٩٧:٤٨٤) أن "القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية ، إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هى نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً . وهذا هو ما يعرف باسم عصاب القلق Anxiety Neurosis أو القلق العصابى أو رد فعل القلق Anxiety Reaction ".

مصادر القلق وأسبابه :

حدد جيروم وإرنست (Jerome & Ernest , 1986:381) خمسة مصادر أساسية للقلق على النحو التالى :

١- الأذى أو الضرر الجسدى Physical harm : فالعديد من الناس - حتى أولئك الذين يحترفون الرياضات الصعبة : كسباقات السيارات وتسلق الجبال - يتملكهم الشعور بالقلق عندما تتهددهم مواقف تنذر بالأذى والإيلام الجسدى ، كما أن بعض الأفراد فى مواقف معينه تسيطر عليهم فكرة الإصابة ببعض الأمراض أو القتل فى الحرب .

٢- الرفض أو النبذ Rejection : فالخوف من رفض الآخر لنا ، ومن أنه لن يبادلنا مشاعر المودة والحب ، يجعلنا غير مطمئنين أو مستريحين فى المواقف الاجتماعية .

٣- عدم الثقة Uncertainty : حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها سواء فى أنفسنا أم فى غيرنا عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة مصدراً للقلق لاسيما إذا كان الطرف الآخر فى هذه المواقف غير واضح فيما يُتوقع منا أن يفعله .

٤- التنافر المعرفى Cognitive dissonance : يؤدى تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات والأفكار والمعلومات كل منها مع الآخر ، أو عدم اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلى القلق والشعور بعدم الارتياح . فالطالب الذى يدرك نفسه على أنه موهوب أو خارق الذكاء يصاب بالانزعاج والتوتر عندما يحصل على درجة فى الامتحان تفيد أنه ليس كذلك ، والشخص الذى يفكر فى نفسه على أنه " كريم" غالباً ما يضطرب حينما يجد نفسه فى مواقف تُشعره بأنه " شحاذ أو متسول" ، ويحدث الشىء نفسه لشخص آخر

يرى نفسه أميناً لكن قد تضطره الظروف لأن يمارس سلوكاً غير أمين : كالكذب أو الغش .

٥- الإحباط والصراع : فالتوتر والقلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا سواء فى إرضائنا لرغباتنا ودوافعنا وطموحاتنا أم فى فض المواقف الصراعية التى تمت مناقشتها فى الجزء السابق من هذا الكتاب .

إضافة إلى ما سبق فقد أورد حامد زهران (١٩٩٧:٤٨٦) بعض الأسباب الأخرى للقلق من بينها ما يلى :

٦- الاستعداد الوراثى فى بعض الحالات .

٧- الاستعداد النفسى (الضعف النفسى العام) والإحباطات والصراعات بين الدوافع والاتجاهات ، والتوتر النفسى الشديد ، والخسائر والأزمات المفاجئة والصدمات النفسية ، والمخاوف الشديدة فى الطفولة المبكرة ، ومشاعر الذنب والنقص والعجز ، وتعود الكبت وفشله فى مواجهة التهديدات والضغوط الداخلية التى تسببها الرغبات الملحة .

٨- مواقف الحياة الضاغطة ، والضغوط الحضارية والثقافية الناجمة عن المدنية الحديثة والتغيرات المتتابعة (عصر القلق) والبيئة المشبعة بعوامل الخوف والحرمان وعدم الأمن ، وعوامل بيئية أسرية : كالتفكك والاضطراب الأسرى ، وعدوى القلق من الوالدين .

٩- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة مع التأكيد على التفاعل بين مواقف الحاضر وخبراته وذكريات الصراعات فى الماضى ، وأساليب المعاملة الوالدية غير السوية : كالقسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان ، واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين .

١٠- التعرض للخبرات الحادة الاقتصادية أو العاطفية أو التربوية ، والخبرات الجنسية الصادمة لاسيما فى الطفولة والمراهقة ، الإرهاق الجسمى والتعب والمرض ، وظروف الحرب .

١١- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية ، وعدم تحقيق الذات .

أنواع القلق

يمكن تصنيف القلق تبعاً لأسس مختلفة :

أ - من حيث مدى وعى الفرد به : ينقسم القلق إلى قلق شعورى يعى الفرد أسبابه ويمكنه تحديدها والتصدى لها ، وغالباً ما يزول بزوال تلك الأسباب ، وقلق لا شعورى لا يفطن الفرد إلى مبرراته ودواعيه رغم سيطرته على سلوكه .

ب- من حيث درجة شدته : ينقسم القلق إلى قلق بسيط ، وقلق حاد ، وقلق مزمن .

جـ- من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه : هناك قلق ميسّر ومنشط للأداء Facilitating وقلق مثبّط أو مضعف Debilitating .

د- من حيث مدى تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية : يصنف إلى قلق عادى واقعى ، وقلق خلقى أو ضميرى ، وقلق عصابى .

ويحتاج كل منا درجة ما من التوتر تعينه على شحذ همته وتكريس طاقته للعمل ولمواجهة مشكلات الحياة ، هذه الدرجة عادة ما تكون شعورية دافعية ، وهى ضرورية لتحقيق توافقنا النفسى والاجتماعى لكنها قد تتجاوز هذا الحد الدافعى فى حالات قليلة وتبلغ معها درجة شديدة مَرَضية (فزع وهلع ومخاوف غير منطقية) تعوق نشاط الفرد وتؤدى إلى سوء توافقه .

وقد ميّز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق هى : القلق الموضوعى ، القلق العصابى ، والقلق الخلقى .

١ - القلق الواقعى Reality Anxiety

وهو قلق شعورى موضوعى أو حقيقى True أقرب ما يكون لمفهوم الخوف العادى ، إذ يدرك الفرد مصدر خطر خارجى فى بيئته يتهدده ، وربما يكون هذا المصدر واقعيا فعليا أو متوقعا محتملا . ومن أمثلته القلق الذى يعترى الفرد بشأن نتيجة اختبار أجرى له أو مسابقة شارك فيها ، أو عندما ينتظر نبأً هاماً يتعلق بقضية أو مشكلة حيوية تخصه . ومنه أيضاً ذلك التوتر الذى يصيب الفرد عندما يستشعر خطرا على صحته أو مستقبله ،

أو عندما يدرك بعض عقبات أو صعوبات يمكن أن تواجهه فى وظيفة أو منصب جديد سيشغله أو بيئة جديدة سينتقل إليها . وقد يشعر الفرد ببعض التوتر عندما يقدم على إنجاز عمل جديد لا يدرى بالضبط ما الصورة التى سينتهى إليها هذا العمل ، وكيف سيكون استقبال الناس له ، كما هو الحال بالنسبة للتوتر الدافعى المصاحب لعملية الإبداع لدى الفنانين والأدباء والباحثين .

وهكذا يلعب القلق الموضوعى العادى دورا بالغ الأهمية فى حياة الفرد والجماعة لما له من وظائف دافعية وتوجيهية للسلوك ، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها ، ويمدنا بالقدر اللازم من التحفز لتحرير الطاقة النفسية اللازمة وتكريسها وتركيزها لمواجهة المشكلات وتجنب المخاطر ، فبدون هذا القلق لا يتوفر للطالب مستوى الدافعية اللازم لاستذكار دروسه ، كما لا يتسنى لكل منا تحمل مشاق العمل لساعات طويلة فى نشاطاتنا اليومية العديدة تحقيقا لما نطمح إليه من نجاح وتفوق ومكانة .

٢- القلق العصابى Neurotic Anxiety

يتميز عن القلق الموضوعى بأنه أكثر حدة وشدة وأنه عرض مرضى يعوق التوافق السوى والسلوك العادى للفرد ، كما أن مصدره يكمن فى داخل الفرد ذاته (تهديدات الدفعات الغريزية المكبوتة) وليس خارجه ، لذا فهو لا شعورى أى أن الفرد لا يعى أسبابه ومن ثم لا يجد مبرراً موضوعياً له ولما يؤدى إليه من أفعال .

وينشأ القلق العصابى بفعل الكبت وما يترتب عليه ، فوفقا لنظرية التحليل النفسى تسعى الهى إلى الإشباع الفورى المطلق لحفزاتها البدائية الغريزية العدوانية والجنسية التى تتعارض والمعايير الاجتماعية . وتحاول الأنا تنظيم هذا الإشباع وفقاً لما يرتضيه المجتمع والواقع ، وتكبت كل ما يتعارض معهما من رغبات ونزوات مستكرهة مهددة للفرد فى اللا شعور ، ومع اشتداد ضغط هذه المواد المكبوتة وإلحاحها فى العودة إلى مستوى الشعور يزداد شعور الأنا بالتهديد والقلق وتزداد مقاومتها ، فتستخدم بعض الحيل الدفاعية الأخرى كالإسقاط والتبرير والتكوين العكسى استكمالاً لعملية الكبت ، ولمنع تلك المواد الخطرة من الظهور.

إلا أن هذه الحيل بطبيعتها ناقصة خادعة لأنها لا تقضى على تلك المواد أو تستأصل أسباب المشكلات وإنما تموّه عليها ، لذا فهى لا تمنح الأنا سوى قدر من الراحة المؤقتة ، تعاود بعده المواد المكبوتة الضغط والتهديد من جديد فتستثير مزيداً من القلق والتوتر ، فتلجأ الأنا ثانية وثالثة للحيل الدفاعية مما يُبطل مفعولها من كثرة استخدامها . ومع ازدياد الضغط والقلق تزداد الأنا ضعفاً ولا تجد مفراً من الوقوع فى شرك الاضطرابات الانفعالية النفسية ليبدو الموقف أقل تهديداً لها .

ويأخذ القلق العصابى من وجهة نظر فرويد ثلاث صور أساسية هى :

أ - حالة تخوف هائمة وطليقة Free or Floating أو منتشرة Diffuse تعم حياة الفرد ولا يستطيع تجنبها ، وتصبح حياته كلها مركزة حول قلقه ، وينزع إلى إلصاق مخاوفه بأى فكرة مزعومة أو أى شىء محسوس يجعل منه موضوعاً للقلق بحيث يعيش تحت وطأة توقع حدوث الشر فى أى وقت ومن أى شىء .

ب- حالة تخوف قهرية مبالغ فيها مرتبطة بأفكار أو موضوعات معينة لكنها غير عقلانية وغير منطقية كما هو الحال فى المخاوف الشاذة المرضية Phobias ، وهى مخاوف مستديمة لا يمكن للفرد التخلص منها أو السيطرة عليها ، وتبدو إما من أشياء غريبة تافهة وسخيفة وليست خطرة إلى الحد الذى يستثير الفزع الشديد منها مثل الخوف من بعض الحشرات أو الحيوانات البسيطة كالعناكب Arachrophobia والقطط Ailurophobia أو الزحام Ochlophobia أو المياه Hydrophobia أو الأماكن المتسعة Agoraphobia أو المغلقة Clustrophobia ، أو من أشياء قد يبدو الخوف منها مشروعاً لكن لا يوجد ما يبرر فزع الفرد منها إلى هذا الحد فى حياته ، كالخوف من الأمراض والأخطار ومنها رُهاب السرطان Cancerphobia أو الجنون Dementophobia أو الثعابين Ophidiophobia أو التلوث Mysophobia أو النار Pyrophobia أو الأماكن المرتفعة Acrophobia .

وتفسر هذه المخاوف المرضية كاستجابة انفعالية إزاء مصدر تهديد داخلى ، حيث تستمد أصولها من الخبرات الطفولية المخيفة أو المؤلمة ، والرغبات المخجلة المكبوتة التى يتم إزاحتها بطريقة لا شعورية إلى موضوعات أخرى نوعية بديلة عن الموضوعات والمصادر الحقيقية للخطر السيكولوجى الذى يثير قلق الفرد ، وإسقاط المهددات

الداخلية المرهوبة الكامنة فى الهى على موضوعات وأشياء غير مرهوبة أصلاً لكنها تصبح فى ذاتها مثاراً للخوف لدى الفرد وذلك كحل جزئى يعينه على تخفيض حدة توتره وقلقه .

جـ- اضطراب الذعر والهلع Panic & Dread : ويبدو فى نوبات رعب وفزع وذعر فجائية تتملك الفرد لثوان قليلة وقد تمتد لساعات ، حيث يصل قلقه فجأة إلى ذروته نتيجة شعوره برهبة لا يمكن تفاديها ، وذلك دون استثارة موضوعية ظاهرة .

المظاهر والأعراض الاكلينيكية للقلق العصابى :

إضافة إلى ما سبق ذكره هناك العديد من الأعراض النفسية والجسمية للقلق العصابى نجملها فيما يلى :

أعراض نفسية من بينها :

- التوتر والاهتياج العصبى : ويتمثل فى الحساسية المفرطة للضوضاء والضجيج والأضواء ، والتوتر العضلى ، وسرعة الاستثارة ، والتطيّر أو توقع الشر والخطر ، وفقدان الأعصاب لأتفه الأسباب ، فقد يصاب المرء بالانزعاج الشديد لمجرد سماع طرق على الباب ، أو رنين جرس التليفون متوقعاً حدوث كارثة أو حدث فاجع .
- شرود الذهن وضعف المقدرة على التركيز ، والنسيان ، وتواتر الأفكار المزعجة وتزاحمها ، والصعوبة فى تنظيم المعلومات واستدعائها واستخدامها .
- فقدان الشهية للطعام ، وصعوبات النوم ، والأرق المستمر والأحلام والكوابيس المزعجة ، والشعور بالهم وعدم الاستقرار مما يؤدى إلى الإرهاق الشديد والإعياء النفسى والجسدى .
- تجنب المواقف الاجتماعية والميل إلى العزلة ، وتناقص الاهتمامات الترويحية والإقبال على الحياة ، وعدم الشعور بالأمن والاستقرار .

أعراض جسمية :

يذكر أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الأعراض الجسمية هى أكثر أعراض القلق النفسى

شيوعاً ، وحيث إن جميع الأجهزة الحشوية فى الجسم متصلة ، وتتغذى بالجهاز العصبى اللا إرادى الذى يحركه الهيبوثلاموس المتصل بمراكز الانفعال ، فقد يؤدى الانفعال إلى تنبيه هذا الجهاز ، وظهور أعراض عضوية فى أحشاء الجسم المختلفة ، كما يشير إلى أن المريض قد يكبت الانفعال ولا يبدى سوى الأعراض العضوية (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢:١١٣) وتتصل هذه الأعراض والمظاهر بعديد من الأجهزة الجسمية الوظيفية ومنها :

أ - أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدورى : آلام عضلية فى الناحية اليسرى من الصدر ، فرط الحساسية لسرعة كل من دقات القلب والنبض ، ارتفاع ضغط الدم .

ب- أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمى : فقدان الشهية ، أو عسر الهضم ، وصعوبات البلع ، والشعور بغصة فى الحلق ، والانتفاخ ، وأحياناً الغثيان والقىء ، أو الإسهال أو الإمساك ، المغص الشديد ، ونوبات التقيؤ التى تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة حيث يكون القىء علامة رمزية على الاحتجاج على موقف ما ، أو الشعور بالاشمئزاز من شخص معين ، وجدير بالذكر أن الخلل فى الوظائف المعدية قد يؤدى إلى قرحة فى المعدة .

جـ- أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسى : ضيق الصدر وعدم المقدرة على استنشاق الهواء ، وسرعة التنفس والنهجان ، وربما أدت سرعة التنفس إلى طرد ثانى أكسيد الكربون وتغير حموضة الدم وقلة الكالسيوم النشط فى الجسم مما يعرض الفرد للشعور بتنميل الأطراف وتقلص العضلات ، والدوار والتشنجات العصبية وربما الإغماء .

د - أعراض مرتبطة بالجهاز العضلى والحركى : الآلام العضلية بالساقين والذراعين ، والظهر والرقبة ، الإعياء والإنهاك الجسدى ، التوتر والحركات العصبية ، الرعشة وارتجاف الصوت وتقطعه .

هـ- أعراض مرتبطة بالجهاز البولى التناسلى : كثرة التبول والإحساس بإلحاحه لا سيما عند الانفعالات الشديدة وفى المواقف الضاغطة ، وربما يحدث عكس ذلك كاحتباس البول رغم الرغبة الشديدة فى التبول ، تناقص الاهتمامات الجنسية والخلل فى الوظائف الجنسية وربما فقدان المقدرة الجنسية : كالعنّة عند الرجال أو ضعف الانتصاب ، والبرود الجنسى عند المرأة ، واضطرابات الطمث وعدم انتظامه .

و- أعراض جلدية : غالباً ما يكون القلق النفسى عاملاً أساسياً فى نشأة كثير من الأمراض الجلدية : كحب الشباب ، والإكزيما ، والبهاق والصدفية ، وسقوط الشعر ، والأرتكارية .

أعراض نفسجسمية :

وتتمثل فيما يطلق عليه بالأمراض السيكوسوماتية أى تلك الأمراض العضوية التى يسببها القلق أو يلعب دوراً هاما فى نشأتها ، أو فى زيادة أعراضها : كالالبحة الصدرية ، والربو الشُعبى ، وجلطة الشرايين التاجية ، وروماتيزم المفاصل ، والبول السكرى ، وقرحة المعدة والإثنى عشر ، والقولون العصبى ، والصداع النصفى ، وفقدان الشهية العصبى . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ :١١٣-١١٩) .

٣- القلق الخلقى Moral Anxiety

ويكمن مصدر القلق الخلقى فى داخل الفرد وهو الأنا الأعلى أو الضمير الخلقى الذى تمثّله من القوانين والأعراف الاجتماعية والمثل والأخلاق ، واستدمجه من تعاليم الوالدين ومن فى حكمهم . ويتبدّى القلق الخلقى عندما تجنح بعض الذكريات المستكرهة والغرائز المحرمة لدى الفرد إلى الانطلاق والإشباع ، أو عندما يأتى الفرد فعلاً آثماً خارجاً على المثل والأخلاقيات التى تمثّلها واستدمجها فيُنزل الأنا الأعلى عقابه على النفس من خلال إشعارها بالندم والإثم والخجل تأنيباً لها عما فكرت فيه أو تكفيراً عما ارتكبته . هذا النوع من القلق عند حدٍ معين قد يكون ذا طابع تطهيرى يساعد الفرد على استعادة ثقته بنفسه وعلى مجاهدة نزوات الهى ، وإن تجاوز هذا الحد ربما يأخذ صوراً متطرفة شاذة لإيلام الذات وتعذيبها .

● المدارس النفسية وتفسير القلق :

فسر أصحاب النظريات النفسية القلق تفسيرات مختلفة وأرجعوه إلى عوامل متباينة فقد أرجعه فرويد - خاصة القلق اللاشعورى - إلى التهديدات المتواصلة المنذرة بالخطر من كل من الهى والمواد المكبوتة . فالهى تبحث عن إشباع حفزاتها الغريزية الجنسية

والعدوانية بأية طريقة ، وما قامت الأنا بمنعه وكبته من مواد محظورة ومستكرهه يتراكم ويتفاعل ويضغط محاولاً التغلب على دفاعاتها والظهور إلى حيز الشعور . وكلما تزايدت هذه التهديدات تزايد شعور الفرد بالخطر ومن ثم القلق الذى يعمل حينئذ بمثابة إنذار بالنسبة للأنا بهذا الخطر وشيك الوقوع .

وأرجع محللون نفسيون آخرون القلق لأسباب مختلفة ، فقد ذهب ألفرد أدلر إلى أنه راجع إلى مشاعر وعقدة النقص ، وكفاح الفرد فى سبيل القوة ، ورغبته فى التفوق ، وأسلوب حياته الذى تحدده نقائصه الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية الحقيقية أو المتوهمة التى يعانى منها . ورأى أوتورانك O.Rank أن باكورة القلق هى صدمة الميلاد التى يشعر بها الطفل فى مقتبل حياته ، وهى تتمثل فى خروجه من الحياة الرحمية الهادئة والمريحة وانفصاله عن أمه .

أما كارين هورنى K. Horney فقد جعلت من مفهوم القلق الأساسى Basic Anxiety محوراً ومركزاً لنظريتها ، وعرفته بأنه شعور الطفل بالوحدة والعزلة وقلة الحيلة فى عالم حافل بالعداوة ، واعتقدت أن القلق يتولد من التأثيرات والظروف البيئية الاجتماعية خلال تنشئة الطفل ونموه أكثر مما ينتج عن الصراع والتعارض بين الحفزات والدوافع البيولوجية من جانب ، والأنا أو الأنا الأعلى من جانب آخر مثلما ذهب فرويد .كما أوضحت أن القلق يُستحث لدى الطفل عن طريق أى موقف اجتماعى يسبب له الخوف ، ويشعره بفقدان الأمن عموماً وفى صلته بوالديه خصوصاً ، أو بالعزلة والعجز وقلة الحيلة . ومن العوامل البيئية المعاكسة التى تؤدى إلى شعور الطفل بإنعدام الأمن : الصراع وتوتر العلاقات بين الوالدين ، وسيطرتهما على الطفل ، وتحميله مالا يطيق ، وعدم احترام حاجاته الفردية ، والإسراف فى نقده أو فى الإعجاب به أو فى حمايته ، والتحيز وعدم العدالة والتفرقة فى المعاملة ، وسوء الظن ، وعدم الثقة أو الاهتمام ، واللامبالاة .

ورأت هورنى أنه عندما يُستحث القلق لدى الطفل فإنه - أى الطفل - ينمى ويطوّر استراتيجيات سلوكية Strategies مختلفة لمواجهة ما يشعر به من عزلة وقلة حيلة ، ويتعلم طرقاً محددة للتعامل مع القلق ، مما يشكل بدوره نمطاً أو شكلاً محدداً أطلقت عليه هورنى الحاجات العصابية Neurotic Needs وهى حاجات مكتسبة أو متعلمة حددتها

فى عشرة حاجات ثم أدمجتها بعد ذلك فى ثلاث فئات كما سبقت الإشارة إلى ذلك . فإذا ما استطاع الطفل التغلب على القلق باللجوء إلى الأم للحصول على الحب والتقبل ، فإنه ينمى عندئذ الحاجة العصابية إلى الحب والتقبل Affection and Approval . أما إذا استطاع التغلب على بعض المواقف المثيرة للقلق عن طريق تحقيق المكانة أو الاعتبار الشخصى Prestige فإنه ينمى الحاجة العصابية إلى المكانة المرموقة أو الاعتبار الشخصى . وهكذا ينمى الطفل حاجات عصابية معينة معتمداً على الأشياء التى تعلم أن يحتاجها لكى يخفض من شدة قلقه ، وقد يصبح أحد أنماط هذه الحاجات على قدر من الثبات فى الشخصية ، ويتخذ صفة الدافع أو الحاجة المميزة لديناميات الشخصية . (هول وليندزى ، ١٩٧٨ : ١٧٧ - ١٨١ ، Morgan, 1988 : 469 - 470) .

أما السلوكيون فينظرون إلى القلق على أنه سلوك متعلم أو استجابة خوف اشتراطية مكتسبة من حيث تكوينها ونشأتها ، ويرون أن هذه الاستجابة تستثار بمثير محايد ليس من شأنه ولا فى طبيعته أصلاً ما يثير الشعور بالخوف ، إلا أن هذا المثير المحايد يكتسب المقدرة على استدعاء الخوف نتيجة اقترانه عدة مرات بمثير طبيعى للخوف وفقاً لعملية الإشراط ولقوانين التعلم التى أكد عليها الاشتراطيون . وعندما ينسى الفرد رابطة الاشتراط وظروفها ، فإنه عادة ما يخاف عندما يتعرض للمثير الذى كان من قبل محايداً وأصبح مثيراً شرطياً للخوف .

ولعل مما يوضح ذلك مشاعر الفزع التى اكتسبها الطفل " ألبرت" أو تعلمها كاستجابة لمثير لم يكن يثير خوفه أصلاً وهو الفأر ، بعد أن تكرر إقران هذا المثير عدة مرات متتالية بمثير آخر مخيف بطبيعته وهو صوت الطرق المفاجىء العالى على قضيب الحديد ، مما أدى فى النهاية إلى فزع الطفل من الفأر - بعد ما كان يُسرّ لرؤيته من قبل - فى حالة ظهوره له منفرداً ، بل الفزع من كل ما هو ذو خاصية فرائية مشابهة له ، وذلك دون أن يعى بطبيعة العلاقة أو ظروف الاشتراط التى أدت إلى ذلك . (راجع تجربة واطسن على الطفل ألبرت فى الجزء الخاص بالنظريات السلوكية بالفصل العاشر) .

ويؤكد التيار الإنسانى فى علم النفس على طبيعة الإنسان ككائن متميز وفريد له خصائصه الإيجابية مقابل التحليل النفسى الذى تجاهل فضائله وركز على اضطرابه

ونقائصه ، والسلوكية التى تناولته كآلة . لذا عكف أصحاب هذا التيار على دراسة مشكلات وموضوعات ذات معنى بالنسبة لوجود الإنسان ورسالته : كالإرادة وحرية الاختيار ، والمبادأة والمسئولية ، والتلقائية والانفتاح على الخبرة ، والقيم وتحقيق الذات . ويؤكدون على تحقيق الذات والوجود الشخصى كقوة دافعة وهدف نهائى فى حياة الإنسان . ومن ثم يرون أن القلق ينشأ إما من أحداث راهنة (حاضرة) أو متوقعة مستقبلاً ، بحيث تمثل هذه الأحداث تهديداً لوجود الإنسان وإنسانيته ، وتعوق اهتدائه إلى مغزى ومعنى لحياته ، وتحول دون تحقيقه لذاته ، وهكذا فإن القلق من منظور أصحاب التيار الإنسانى يرتبط بحاضر الفرد ومستقبله وليس بأحداث ماضيه فى حياته كما ذهب المحللون النفسيون والسلوكيون .

قلق الحالة مقابل قلق السمة State vs. Trait Anxiety

كشفت دراسات كاتل وشير (Cattell & Scheier, 1961) عن وجود عاملين للقلق هما قلق الحالة وقلق السمة ، وقد عزز سبيلبيرجر (Spielberger, 1966) ما توصلا إليه عندما صاغ نظريته عن القلق كحالة وكسمة State - Trait Anxiety Theory ، وميز فيها بين هذين المظهرين على أساس أن حالة القلق A. State هى حالة انفعالية ذاتية موقفية ومؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعى ، يشعر بها كل الناس فى مواقف التهديد مما يؤدى إلى تنشيط جهازهم العصبى المستقل ، ويهيئهم لمواجهة مصدر التهديد . وتختلف شدة هذه الحالة تبعاً لما يستشعره كل فرد من درجة خطورة فى الموقف الذى يواجهه ، كما تزول بزوال مصدر الخطورة أو التهديد .

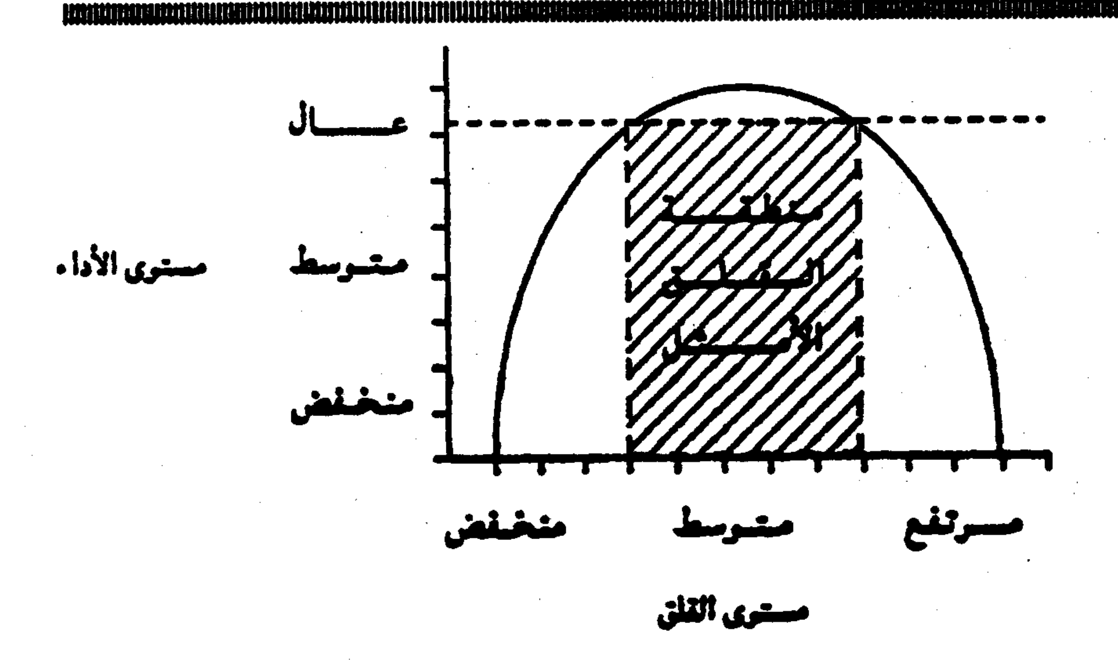
أما سمة القلق A. Trait فهى استعداد سلوكى مكتسب فى معظمه ، وغالباً ما يستمد أصوله من خبرات طفولية مبكرة مؤلمة ، كما أنها استعداد ثابت نسبياً وكامن فى شخصية الفرد ، ولصيق بها أكثر من كونه مرتبط بحجم التهديد فى المواقف أو الموضوعات التى يستجيب لها بالتوتر والقلق ، وهو ما يجعل صاحب الاستعداد العالى من حيث القلق أكثر استهدافاً لاستشعار الخطر وفقدان الاستقرار وتوقع الشر من موضوعات أو مواقف لا تنطوى على كل هذا الخطر .

وقد وُجد أن الأشخاص ذوى الدرجة المرتفعة فى سمة القلق - كالعصابيين مثلاً - يميلون إلى إدراك أغلب المواقف من حولهم على أنها خطرة ومهددة لذواتهم - حتى لو لم تكن خطرة موضوعياً - وذلك بدرجة أكبر من ذوى الدرجات المنخفضة فى السمة ذاتها . لذا فهم يستجيبون لتلك المواقف بدرجة توتر زائدة ومبالغ فيها تفوق درجة خطورتها الحقيقية أو لا تتكافأ معها من حيث الشدة ، وذلك على العكس من ذوى الدرجة المنخفضة فى سمة القلق الذين يدركون التهديد فى مواقف الخطر الحقيقى ، ومن ثم يستجيبون لهذه المواقف بقدر مناسب من الاستثارة والتوتر يساعدهم على التعامل الفعال معها ، وعلى تحقيق أفضل أداء ممكن .

آثار القلق على الأداء :

سبقت الإشارة إلى أن القلق يعمل بمثابة علامة على وجود خطر ما يتهدد الأنا ، ومن ثم يمكن أن يكون نافعاً لها عندما يعينها على أخذ حذرها ، والتقدير الموضوعى لدرجة الخطر الذى يتهددها ، وتكريس جهدها وطاقتها بالقدر المناسب لمواجهته بنجاح ، إلا أن هذه الوظائف الدافعية الإيجابية للقلق فى سلوك الفرد ترتبط بالدرجة المعتدلة أو المتوسطة منه ، فعندما يتجاوز القلق هذا الحد المعتدل أو المتوسط سواء بالنقصان أم بالزيادة تكون له آثار سلبية على الأداء . يؤكد ذلك ما أوضحه بعض العلماء من أن العلاقة بين كل من القلق والأداء ليست علاقة مستقيمة Linear أو بسيطة ، وإنما هى علاقة منحنية Curvilinear تأخذ شكل "∩"، وكان أول من أشار إلى ذلك كل من يركس ودودسن Yerkes & Dodson سنة ١٩٠٨ م ، وتعنى هذه العلاقة أن القلق حتى حد معين يكون دافعاً للأداء الجيد ، وعندما يتجاوز هذا الحد المعين يكون له تأثير سلبى على الأداء. (أنظر شكل ١٠) .

ويلاحظ أن مستوى القلق عندما يكون معدوماً أو منخفضاً يؤدى إلى تثبيط الأداء وضعفه حيث لا تتوافر الطاقة الدافعية بالقدر اللازم ، وعندما يبلغ مستوى القلق حداً معيناً - معتدلاً أو متوسطاً - فإنه يعد دافعاً للأداء الجيد ، إلا أنه عندما يتجاوز هذا الحد المعين فإنه يكون معوقاً للأداء . فالقلق المفرط أو الشديد تترتب عليه آثار عكسية تتمثل فى اضطراب الأداء وتدهوره ، لأنه يؤدى إلى تشتيت الانتباه وقلة التركيز ومن ثم



شكل (١٠) العلاقة المنحنية بين كل من مستوى القلق ومستوى الأداء

التورط فى الأخطاء ، كما يؤدى إلى تشويه الإدراك واضطراب التفكير ، وعدم التروى فى حل المشكلات التى تواجه الفرد والتصرف السليم إزاءها .

وقد أكدت نتائج بعض البحوث فى المجال الرياضى أن اللاعبين الذين حققوا مستوى أداء ضعيف أو متوسط كانت درجاتهم من حيث الطاقة النفسية منخفضة ومرتفعة ، بينما سجل اللاعبون الذين حققوا معدلاً ممتازاً من الأداء مستوى معتدلاً فى الطاقة النفسية (أسامة راتب ، ١٩٩٥:١٣٣) .

كما انتهت نتائج بعض الدراسات إلى أن القلق - كحالة أو كسمة - إذا ما ارتفع عن حدود التوسط والاعتدال فإنه يؤثر تأثيراً سلبياً على كل من التفكير التجريدى والإبداعى " فكلما ازداد القلق والمعاناة من المشقة والانعصاب ، وعدم تحمل الغموض ، ضعفت المقدرة على تكوين المفاهيم ، وضعفت الطلاقة الفكرية ، وازداد التصلب ، وعجز الأفراد عن الإتيان بالأفكار الطريفة أو الجديدة " (محمد نجيب الصبوة ، ١٩٩٤:٣٧) .

ويؤيد ذلك ما خلص إليه بعض الباحثين من ارتباط المقدرات الإبداعية بمعظم السمات

المزاجية للشخصية ارتباطاً منحنياً ، لا سيما تلك السمات التى تمتد من تحمل الغموض إلى عدم تحمله ، ومن الانبساطية إلى الانطوائية ، ومن الاتزان الوجدانى إلى الاضطراب الوجدانى . (عبد الحليم محمود السيد ، ١٩٧١) .

وكان أصحاب نظرية القلق الدافع Drive Anxiety قد افترضوا أن زيادة القلق تزيد من توليد الدافعية ومن ثم تؤدى إلى تحسين التعلم والأداء ، وأن الإنسان فى مواقف التعلم والتحصيل والعمل ينتابه القلق مما يدفعه إلى الاجتهاد فى إنجاز مهامه كى يتخفف من شعوره بالقلق أو يتخلص منه حتى يستعيد اتزانه الانفعالى ، إلا أن فروض هذه النظرية لم تلق تأييداً تجريبياً كافياً .

وفى معرض مناقشته لهذه الافتراضات فى المجال الرياضى يوضح أسامة راتب (١٩٩٥:١٣٤) أن القول بأن ارتفاع مستوى الطاقة النفسية يؤدى إلى تحسين أداء المهارات الرياضية يتوقف على كل من درجة صعوبة المهارة ذاتها ، ومدى اتقانها ، فارتفاع مستوى الطاقة النفسية ربما يؤدى إلى عرقلة عملية التعلم واكتساب المهارات الجديدة ، بينما يحسّن أداء المهارات التى تم إتقانها من قبل .

ومن أهم ما أسفرت عنه نتائج معظم البحوث فيما يتعلق بتأثير القلق على الأداء والتعلم ما يلى :

١- يؤدى القلق الزائد لدى بعض الأفراد إلى صعوبات فى تخزين المعلومات واسترجاعها ، حيث يستقبل ذوو القلق المرتفع أجزاء من المعلومات أقل مما يستقبله نظراؤهم ذوو القلق المنخفض ، كما يستخدمون خططاً أقل فاعلية منهم فى تنظيم هذه المعلومات . (دافيدوف ، ١٩٨٨:٤٩٩) . ويكونون أكثر عرضة لإعاقة المعلومات Information blockage فى مواقف الامتحان ، والتشوش والاضطراب والتداخل المعرفى ، بينما يسترجعون معلوماتهم بيسر وسهولة فى المواقف التى تبتعد عن هلع الامتحانات . (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال ، ١٩٩٠:٤٦٣)

٢- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين القلق وكل من التحصيل الدراسى ، والتذكر ، وأداء العمليات الحسابية ، وتعلم السير فى المتاهات . (عبد الفتاح دويدار ، ١٩٩٠ ، محمد إبراهيم عيد ، ١٩٩٥) .

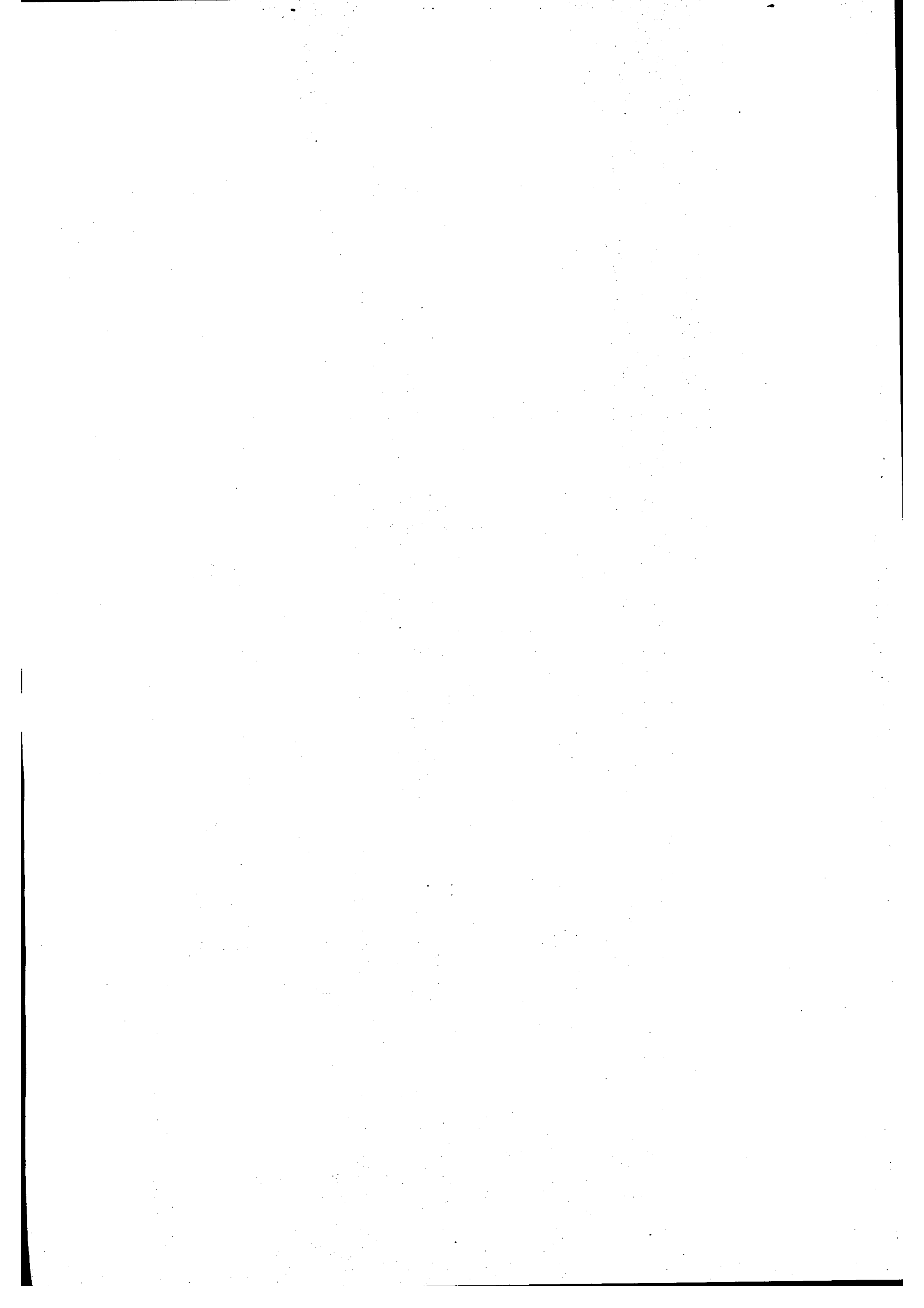
٣- يؤدى القلق إلى تيسير النجاح فى أداء المهام البسيطة ، بينما يعوق أداء المهام والأعمال الصعبة والمركبة ، حيث إن أداء الأفراد ذوى القلق المرتفع للأعمال السهلة أو البسيطة أفضل من أداء ذوى القلق المنخفض للأعمال ذاتها ، بينما أداء الأفراد ذوى القلق المنخفض أفضل من أداء أقرانهم مرتفعى القلق بالنسبة للأعمال المعقدة والصعبة.

كما تبين أن الأفراد القلقون بدرجة كبيرة يعطون نتائج هزيلة عند الإجابة على الأسئلة الغامضة الصعبة ، كما يكون أداؤهم سيئاً للمهام المعقدة وفى المواقف الاختبارية الضاغطة كالامتحانات .

وقد فسّر قلق الاختبارات أو الامتحانات Examination Anxiety من وجهات نظر متعددة لعل من أهمها ما افترضه كل من ساراسون وماندلر Sarson & Mandler وزملاؤهما من أن مواقف الاختبار أو العمل أو حل المشكلات تستثير لدى المرء إما دوافع متصلة بالأداء وإنجاز العمل Task Drives وهذه الدوافع من شأنها تنشط استجابات متعلقة بالعمل ذاته Task - Relevant Responses ، وإما دوافع القلقAnxiety Drives التى تنشط بدورها استجابات دخيلة على العمل-Task - Interference Re sponses ، ويؤدى إظهار النوع الأول من الدوافع ومصاحباته إلى تحسن الأداء وإنجاز العمل ، بينما يؤدى النوع الثانى (دوافع القلق) إلى تعويق الأداء الفعال نظراً لما يولّده لدى الأفراد من استثارة شديدة وانزعاج واضطراب وتشويش فى التفكير وانشغال بالنفس Ego Envolved وشعور مبالغ فيه بالتهديد ، وهى استجابات مضعفة للأداء .

الفصل السادس
سيكولوجية الميكانزمات
أو الآليات الدفاعية

- نشأة الحيل الدفاعية واستخدامها .
  - الكبت
  - الإعلاء (التسامي)
  - التكوين العكسي (تكوين رد الفعل)
  - التعويض
  - التقمص (التوحد)
  - النكوص
  - التبرير
  - الانسحاب
  - العدوان
  - الإسقاط
  - الإبدال أو الإحلال



الميكانزمات أو الآليات الدفاعية

Defence Mechanisms

أوضحنا فيما سبق أن السلوك الانسانى سلوك مدفوع . وأن دوافع الفرد تعد الطاقة المحركة لسلوكه والمحددة لأهدافه أى الموجهة لنشاطاته وحركته فى الحياة . فكل ما يصدر عنه من أنماط سلوكية عادة ما تكمن وراء حاجات معينة أولية فطرية ، واجتماعية مكتسبة ، هذه الحاجات قد يعيها الفرد ويدركها ، وقد لا يعيها أو لا يفطن إلى وجودها ، لكنها فى جميع الأحوال تؤثر على سلوكه فهو يسعى إلى إرضائها ويعمل على إشباعها بشتى الطرق سواء بصورة مباشرة أم غير مباشرة .

إلا أن إرضاء الفرد لحاجاته وتحقيقه لأهدافه لا يتم بصورة مطلقة ، وإنما يكون محكوماً فى الغالب بعوامل ذاتية خاصة به : كمقدراته وخصائصه ، وبالظروف التى تغشى حياته . هذه العوامل - منفصلة أو مجتمعة - ربما تعرقل إشباع احتياجات معينة أو ترجئ إشباعها أو تؤجله إلى حين ميسرة ، وربما أجبرت المرء على إبدال الدافع أو الحاجة التى صعُب إشباعها فى الواقع بحاجة أخرى ، وفى بعض الأحايين فإن الظروف قد لا تسمح للفرد سوى بتحقيق إشباع جزئى لهذه الدوافع أو الحاجات وبدرجات تتفاوت من فرد لآخر ، ومن هنا يجد الفرد نفسه فى مواقف إحباطية نتيجة عدم إشباع بعض دوافعه أو تحقيق بعض أهدافه وإعاقة بعضها أو إرجائه وكلما كانت الدوافع التى امتنع اشباعها ضرورية وهامة بالنسبة للفرد وحياته كانت درجات الإحباط والقلق الناجمة عن ذلك شديدة ومُخلّة بالاتزان الانفعالى والأمن النفسى للفرد .

كما سبقت الإشارة أيضاً إلى أن الفرد يتعرض إلى مواقف صراعية خلال حياته اليومية ، وذلك عندما تتجاذبه احتياجات ورغبات مختلفة متساوية القوى ، وعندما تتعارض تلك الرغبات مع ما يفرضه المجتمع والعالم الواقعى من قيود و ضوابط ، فتبدو تلك الرغبات والاشتهاءات غير مقبولة أو محرمة اجتماعياً .

هذه المواقف الإحباطية والصراعية التى يتعرض لها الفرد تمثل بالنسبة له مصادر

تهديد ، لذا تولد لديه حالة من القلق والتوتر . يؤكد ذلك ما ألمع إليه عبد السلام عبد الغفار من أن تلك العمليات الثلاث : الصراع النفسى والإحباط والقلق هى عمليات متداخلة لا نجد إحداها دون الأخرى (١٩٧٦:١٢٩) .

وحيث أن القلق حالة غير سارة ومزعجة للفرد ، فإنه من الطبيعى أن ينزع الفرد إلى حماية ذاته من مصادر تهديدها ، ويعمل على استعادة توازنه بالعمل على التخلص من قلقه أو على الأقل خفض توتره . مستخدماً أساليب مختلفة ، هذه الأساليب هى ما يطلق عليه بالآليات أو الميكانزمات الدفاعية ، وهى أساليب لا شعورية لا يعى بها الفرد ، فهى لا تخضع لإرادته وتفكيره لأنها تصدر عن اللاشعور أو تلك المنطقة العميقة من نفسه ، وأساسها جميعاً هو ميكانزم الكبت .

نشأة الحيل الدفاعية واستخدامها :

يرى المحللون النفسيون أن الأنا قد تفشل فى تحقيق التوفيق بين مطالب القوى الثلاث التى تتجاذبها وهى الهو بنزعاتها الغريزية وبهيميتها ، والواقع بضوابطه واجتماعياته ، والأنا الأعلى (الضمير) بنزعته المثالية وتشدده ، كما قد تعجز الأنا عن مواجهة الضغوط والتهديدات والتوترات الناجمة سواء عن النزعات والحفزات الغريزية ذات الطبيعة الجنسية والعدوانية ، أم عن المواقف الصراعية والإحباطية التى تتعرض لها ، ومن ثم تلجأ إلى بعض الحيل للتخلص من تلك النزعات والحفزات لأنها إن ظلت ماثلة فى الشعور فإنها تسبب لها شعوراً بالألم أو بالعار وبالتحقير ، وللتخفف من مسببات القلق لكى تستعيد اتزانها وتحمى نفسها مما يتهددها .

وأكثر هذه الحيل بدائية للدفاع عن الذات هو إنكار الواقع ، وكبت المواد المحظورة التى لا تتناسب مع المعايير الاجتماعية ، حيث يتجنب الفرد أو يتجاهل عن طريق الإنكار إدراك الجوانب المكدّرة والمخجلة ، أو تلك التى تنطوى على تهديد لذاته أو كبريائه مما هو فى الواقع الخارجى ، فالابن غير المرغوب فيه مثلاً قد يبدى إصراراً على أنه محبوب من والديه ، والشخص الذى يعانى قصوراً جسمياً قد يتجاهل ذلك ويرفض الاعتراف به . كما يتحاشى الفرد عن طريق الكبت الحفزات البدائية والرغبات المستكرهة والانفعالات والأفكار المخزية التى تنبعث من داخله ، ويقوم بترحيلها واستبعادها إلى حيز اللاشعور ،

إلا أن الكبت عملية ناقصة فهو لا يكفل التخلص نهائياً من المواد الغريزية المحظورة التى تظل حية فى قاع الحياة النفسية تتحين الفرصة للنفاذ مرة أخرى إلى المستوى الشعورى ، كما أنه حيلة وهمية خادعة تشعر معها الأنا بالراحة المؤقتة بصورة تُعميها عن إدراك نقائصها وعيوبها ، وهو من ناحية أخرى لا يتعامل مباشرة مع مصادر الإحباط والصراع ومن ثم لا يقضى تماماً على التوتر والقلق على المدى البعيد ، ... لذا يستتبع الكبت سلسلة من الآليات أو الحيل اللاشعورية الإضافية الأخرى : كالإسقاط والتبرير ، والتقمص ، وأحلام اليقظة ... وغيرها مما تعبر من خلاله المواد المكبوتة عن نفسها بصور وأشكال شتى رمزية وقهرية وغريبة .

وتعد الآليات الدفاعية فى نظرية التحليل النفسى بمثابة مبادىء لتفسير السلوك وفهم دينامياته ، حيث تلعب دوراً مزدوجاً ، فهى القوى التى تتكفل بالإبقاء على المواد المحظورة (الحفزات الغريزية الجنسية والعدوانية ، والذكريات المؤلمة والأفكار المخجلة) حبيسة اللاشعور ، وتمنعها من التسلل إلى مسرح الشعور والتعبير المباشر عن نفسها تجنباً لما تسببه من ألم وقلق ، كما تتيح هذه الآليات من ناحية أخرى لتلك المواد الكريهة المكبوته قدراً من التعبير عن نفسها بأسلوب غير مباشر توفق من خلاله بين الحفزات والنزعات الغريزية للهى ، والمتطلبات الاجتماعية والأخلاقية للأنا الأعلى .

أما أصحاب النظريات السلوكية فقد ذهبوا إلى أن الآليات الدفاعية هى كمعظم أفعال البشر أساليب سلوكية تعلمها الفرد للتخلص من التوتر والقلق الناجم عن المواقف الإحباطية والصراعية ، أو المواقف التى تنطوى على مثيرات يدرك الفرد أنها مهددة للذاته . ويشير علاء كفافى (١٩٩٠:٣٦١-٣٦٢) إلى أن القلق هنا يكون علامة على الخطر ، لذا فهو يستنهض الدفاعات التى تهدف إلى توفير الأمن والحماية للشخص من هذا الخطر ، وذلك بإبعاد المثيرات المهددة له والتقليل من تأثيرها المؤلم عليه . وعندما تنجح بعض الآليات الدفاعية فى منع القلق أو تخفيضه ، فإن ذلك من شأنه أن يؤدى إلى تعزيز هذه الآليات وتحويلها إلى عادات سلوكية دائمة عند الفرد بحيث يلجأ إليها كلما تعرض لموقف مهدد أو خطر ، ومن هذه العادات عادة الكبت . وهكذا ينظر السلوكيون إلى الكبت على أنه استبعاد شعورى متعمد ومقصور إلى حد ما للدوافع والأفكار والذكريات

المثيرة للقلق من بؤرة الانتباه وتجاهلها ، ومقاومة تذكرها ، وليس على أنه عملية لا شعورية كما هو الحال عند المحللين النفسيين .

وتذهب ليندا دافيدوف (١٩٨٨: ٦٢٦) إلى أن الكبت أو الإحجام المعرفى (وضع المادة بعيداً عن مجال الإدراك عن عمد) من هذه الزاوية أمر ممكن ملاحظته فى المعمل ، وأنه قد أصبحت لدينا دلائل على أن الناس تميل إلى :

أ - استغراق فترة أطول للتعرف على المثيرات غير السارة من تلك التى يستغرقونها فى التعرف على المثيرات السارة .

ب- تجنب النظر إلى الصور التى تبعث على الضيق كلما كان ذلك ممكناً .

جـ- تذكر النقاط الإيجابية واسترجاعها بدقة أكثر من النقاط السلبية .

د- زيادة قيمة الأحداث السعيدة ، وتقليل قيمة الأحداث التعيسة .

ويستخدم الناس جميعاً - صغاراً وكباراً ، أصحاء ومعتلين نفسياً - الآليات الدفاعية أو تلك الأنماط السلوكية التى من شأنها أصلاً تخفيف حدة القلق أو التوتر ، بيد أنهم يختلفون فيما بينهم من حيث قدر استخدامهم لها ، إذ يستخدمها الأفراد العاديون بدرجة معقولة فتعينهم على التخفف من وطأة الضغوط والإحباطات ، والصراعات ومشاعر الذنب التى يتعرضون لها ، وعلى التنفيس عن مشاعرهم وانفعالاتهم ، والحفاظ على صورة الذات ، وتزيد من رضاهم عن أنفسهم ، ومن ثم تكون مفيدة فى تحقيق توازنهم وتوافقهم الشخصى والاجتماعى .

أما الإغراق فى هذه الآليات والاعتماد على استخدامها باستمرار كطرق فى حل المشكلات ، فيؤديان إلى استنفاذ الطاقة النفسية للفرد وتبديدها ، وإلى سوء التوافق ، لأنها عندئذ تحول بين الفرد والمواجهة الواقعية لمشكلاته . ومع أن الحيل أو الآليات الدفاعية قد تمد المرء بقدر من الراحة ، إلا أنها راحة مؤقتة موهومة وخادعة ، سرعان ما تزول فيعاوده التوتر والقلق من جديد ، ومن ثم يركن إلى الحيل مرة أخرى .. وهكذا حتى يبطل مفعولها ، وعندئذ يشعر بالعجز والانهيار ، فالحيل الدفاعية ليست حلولاً جذرية للصراعات والإحباطات ، ذلك أن نكران رغبة محظورة وعدم الاعتراف بها ، أو كبت مشاعر نقص معينة وتجاهلها - مع وجودها حقيقة - يلهى الفرد عن نقائصه ويعميه عن

عيوبه ، ولا يحمله على مواجهتها مواجهة واقعية ، كما أن الاستغراق فى أحلام اليقظة ربما يشعرنا بالارتياح اللحظى ، والتحقيق الخيالى لبعض دوافعنا وطموحاتنا ، لكنه يعوقنا عن السعى الجاد لتحقيق هذه الطموحات فى الواقع ، واعتزال الناس والانسحاب من المجتمع ربما يقينا بعض مشاعر الفشل أو الاضطهاد أوعدم الكفاءة ، لكنه لا يستأصل أسباب هذه العزلة و لا يحسّن علاقاتنا بالآخرين.

وهكذا يؤدى الإسراف فى استخدام الآليات الدفاعيه إلى إبطال وظيفتها التى هى فى الأصل حماية الأنا من التهديد والقلق ، كما يؤدى إلى إنهاكها واستنزاف طاقتها ، مما يؤدى إلى إضعافها و انهيارها فتصبح عاجزة عن النمو والارتقاء ويصبح الفرد فريسة للاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية.

وتصنّف الآليات الدفاعية إلى عدة فئات : كالحيل الانسحابية ،والإبدالية ، والهروبية ، والاعتدائية ، ونعرض فيما يلى لبعض منها .

١ - الكبت Repression :

يعرف الكبت بأنه العملية اللاشعورية التى تستبعد الأنا بمقتضاها الحفزات الغريزية والرغبات المستكرهة والأفكار والصراعات والذكريات المؤلمة والمثيرةللقلق من مستوى الشعور (الوعى والإدراك) إلى مستوى اللاشعور (اللاوعى) ، ذلك أن هذه المواد المختلفه المحظورة إن بقيت ماثلة فى شعور الفرد ، فإنها تمثل تهديدا للذاته وتشعره بالخزى والذنب والألم والتوتر لأنها غير مقبولة اجتماعياً ، لذا تنزع الأنا إلى نفيها من الشعور وترحيلها إلى منطقة اللاشعور ، ومنعها من التعبير عن نفسها بشكل مباشر صريح ، حماية لنفسها مما يحقرها ويؤلمها ، وخفضاً لمستوى توترها وقلقها .

ويرى فرويد أن الكبت هو أهم الآليات الدفاعية للأنا وأساس كل الحيل الأخرى التى تعد مجرد إضافات ، فالمواد المستبعدة أو الدفعات المكبوتة لا تستسلم بسهولة ، وإنما تظل حية فى الخفاء وتسعى جاهدة للعودة إلى منطقة الشعور ، وكلما أوشكت على الاقتراب من تلك المنطقة والتعبير عن نفسها على نحو صريح ، شعرت الأنا بالخطر والقلق ، واستجمعت قواها من جديد لتقف لها بالمرصاد سواء بمفردها أم باستعارة طاقة

إضافية من الأنا الأعلى لإبعاد هذه المواد والدفعات ثانية عن مسرح الشعور والإبقاء عليها حبيسة اللاشعور ، كما تلجأ الأنا فى دفاعاتها ضد المكبوتات إلى استخدام آليات أخرى - سيرد ذكرها فيما بعد - وعلى الرغم من ذلك كله ، وحتى فى حالة نجاح الكبت ، فإن المواد المكبوتة تؤثر فى سلوك الفرد وتظل واحدة من أهم موجهاته بشكل غير مباشر ، فكثيراً ما تفلت من رقابة الأنا وتعبر عن نفسها بطريقة مموهة من خلال ميكانزمات عمل الحلم : كالتكثيف والرمزية والإزاحة ، ومن خلال هفوات اللسان وزلات القلم * .

من الحالات الدالة على الكبت استبعاد الطفل لمشاعره العدوانية تجاه أبيه - لقسوته عليه أو لإحباطه له - من دائرة الشعور ونكرانه هذه المشاعر وعدم اعترافه بها لإيلامها له ونظراً لمساسها بمثال الأبوة وما تمثله من إهانة له ، وكبت بعض الحالات لميولها الجنسية نحو المحارم وتجنب التفكير فيها لما تمثله من اشتهاء للمحرمات وما يترتب على ذلك من وخز للضمير وتعنيف ، ومقاومة الفرد لفكرة الانتقام من صديق حميم أو الكيد له نتيجة الغيرة منه ، والنزوع إلى استبعادها من الشعور لما تمثله من إزعاج وقلق .

ويختلف الكبت عن القمع Suppression فالكبت عملية لا شعورية تصدر عن الفرد دون قصد أو إرادة ، أما القمع فهو عملية واعية إرادية يقوم الإنسان عن طريقها بنهى النفس عن الهوى وضبطها ، ومنع أو كف بعض مشاعره وانفعالاته غير المستساغة : كقمع غضبه من زميل أو صديق ، أو قمع خوفه من الامتحان ، وغالباً ما يشعر الفرد فى عملية القمع بدوافعه وانفعالاته ويعترف بها ويتحكم فيها لكنه لا ينكرها وينساها كما هو الحال فى الكبت .

كما يختلف الكبت عن النسيان Forgetting رغم وجود النسيان كقاسم مشترك بينهما ، إلا أن المادة التى تنسى عن طريق الكبت ينكر الفرد وجودها أصلاً ومن ثم تندثر

* قد تلاحظ خلال كتابتك لموضوع ما ، أو حديثك مع شخص آخر كلمات غريبة لا صلة لها بسياق الموضوع أو الحديث ، تكتبها بشكل لا إرادى أو يزل بها لسانك أو لسانه بطريقة عفوية ، وغالباً ما يكون لهذه الكلمات صلة رمزية وثيقة بالمواد المكبوتة . ومن أمثلة هذه الكلمات أن تقول " الأنجاس " بدلاً من الأجناس ، و" الشخير " بدلاً من الشهير ، و" التفاح " بدلاً من المفتاح ، و"الفنون" بدلاً من البنون ، و"الهم" بدلاً من العم ، و" المقصف" بدلاً من المعطف .

تماماً ، ولا يمكن استحضارها من جديد واستعادتها سوى بمساعدة إخصائى تحليلى نفسى أو منوّم مغناطيسى ، وغالباً ما يدهش الفرد لها عندما تبزغ فى وعيه ويكتشف وجودها ، بخلاف النسيان المعتاد لمادة معينة - كمعلومة ما - فربما يرجع ذلك إلى انقضاء فترة طويلة على تعلمها وتُنسى نتيجة لعامل الزمن ، وقد تُنسى لأنها غير ذات أهمية بالنسبة لنا ، أو لكونها غير جذابة .. إلا أنه فى جميع الحالات يسهل استعادتها بالإرادة والتركيز أو بإعادة تعلمها مثلاً .

وينشط الكبت منذ السنوات الأولى فى الطفولة ، إذ يعتمد عليه الطفل بدرجة أكبر من القمع ، فخلال هذه السنوات يكون إلحاح الدوافع والحاجات الأولية شديداً لا يقوى الطفل على تحمله من جانب ، كما يتعرض الطفل إلى الكف الناجم عن عملية التنشئة الاجتماعية من جانب آخر ، وحيث يمثل الآباء مصدراً أساسياً لإحباط أطفالهم . هذا بالإضافة إلى أن أنا الطفل تكون ضعيفه قليلة الحيلة لا تستطيع مواجهة القلق والتهديد الناجمين عن الإحباط وعدم إشباع كل الحاجات ، ومن ثم فلا مناص إذن من أن يلجأ إلى كبت هذه الحاجات . ويتوقف أمر اعتماد الطفل كليةً على مثل هذا الأسلوب فى مواجهته لمشكلاته وصراعاته ، على مدى ما يوفره الوالدان من ظروف ومواقف بيئية وأساليب معاملة وفرص وخبرات ، إما يتيسر للطفل خلالها وسائل مقبولة اجتماعياً لإشباع حاجاته ، ويشعر معها بالأمن وعدم التهديد ، وبالحرية وعدم التقييد ، وبالتنفيس عن مشاعره ، فتنمو أناه وضميره أو مصادر تحكمه الذاتى نمواً سوياً ، ومن ثم يتحسن توافقه وصحته النفسية . وإما يشعر بالحرمان والقلق والتوتر والتهديد فينزع إلى الخلاص من ذلك كله بالكبت والحيل الأخرى ، وقد يعتاد على هذه الأساليب فيسوء توافقه وتعتل صحته النفسية .

وهكذا ينشأ الكبت فى المبتدأ لحماية الأنا وخفض مستوى توترها ، ويستخدمه الأفراد فى مختلف أعمارهم وأحوالهم النفسية ، إلا أن الاعتياد على هذه العملية والإسراف فى استخدامها له مضار كثيرة لعل من أهمها تبديد الطاقة النفسية واستنزافها ، فالكبت عملية ناقصة لأن ترحيل المواد المستكرهة والمحظورة المؤلمة للفرد من الشعور إلى اللاشعور لايعنى الخلاص نهائياً منها ، فبمجرد استقرارها بالطاقات الانفعالية المصاحبة لها فى اللاشعور تتراكم وتتفاعل وتتحين الفرصة للنفاذ مرة أخرى إلى

مستوى الشعور ، وعندئذ تواجه بالمقاومة من الأنا استكمالاً لعملية الكبت ، مما يستهلك جانباً من طاقة الأنا فتنقص وتضعف تدريجياً . وعندما تبدو الأنا عاجزة وتنهار دفاعاتها ، فإن المواد المكبوتة قد تنجح في التعبير عن نفسها ، أو على الأقل بشكل مقنع ورمزي للتمويه على الأنا وخداعها ، وفي الوقت ذاته إرضاء للدفعات الغريزية للهو ودون إثارة للأنا الأعلى كما هو الحال في الكثير من الأعراض المرضية ومن بينها الأعراض الهستيرية التي يعد الكبت الميكانزم الأساسي فيها .

٣- الإعلاء (التسامي) Sublimation

هو العملية اللاشعورية التي يتم بها استبدال الموضوعات المحظورة أو التي يضع المجتمع قيوداً على إشباعها ، والرغبات والمواد المستهجنة غير المقبولة اجتماعياً ، بموضوعات بديلة تحظى بالمرغوبية والاستحسان الاجتماعي ، وتحويل الطاقة النفسية المرتبطة بها إلى تلك الموضوعات البديلة .

ويتضمن الإعلاء تجريد الموضوعات الأصلية المحظورة من طاقاتها أو شحناتها العاطفية التي تشكل خطراً على الشخصية ، وتثير الإحباط والقلق لدى الفرد ، وصرف هذه الطاقة في نشاطات من شأنها أن تعود بالنفع والخير على كل من الفرد والمجتمع . وقد أكد "فرويد" على أن تطور الحضارة قد قام أساساً على تحويل الطاقة الغريزية إلى مسارات مقبولة اجتماعياً ، وأشكال خلاقة من النشاط الإنساني : كالفنون والآداب والعلوم .. وغيرها بفعل عملية الإعلاء . كما ألمح "يونج" إلى أن الطاقة النفسية قابلة للإزاحة ، وأن إزاحة هذه الطاقة من عمليات أكثر بدائية وأقل تفاضلاً إلى عمليات ثقافية روحية هو ما يطلق عليه الإعلاء أو التسامي .

ووفقاً لميكانزم الإعلاء فإن الحفزات والدوافع الجنسية المكبوتة ، ومختلف ألوان الحرمان والإحباط يمكن أن تجد متنفسها في نشاطات الفنون والآداب والشعر والموسيقى مثلاً ، كما يمكن للحفزات والدوافع العدوانية المكبوتة أن تفرغ طاقاتها في النشاطات التركيبية البنائية التشكيلية ، ومن خلال الإعلاء يجد الفرد مسالك عديدة لإشباع وجوه الحرمان التي يعاني منها . فالسيدة التي حرمت من إشباع دوافع الأمومة ربما ترضى هذا الدافع من خلال اشتغالها بالتمريض أو الخدمة الاجتماعية أو التدريس . وهكذا فإنه عن

طريق الإعلاء والتسامى لا تعبر المواد المكبوتة عن نفسها بطريقة فجة بدائية يشعر معها الفرد بالذنب والقلق والتوتر ، وإنما بطريقة مهذبة يشعر معها الفرد بالإشباع والرضا ، وتحقق أهدافاً أخلاقية واجتماعية سامية سواء بالنسبة للفرد أو الجماعة التى ينتمى إليها . لذا يعتبر الإعلاء من أفضل الميكانزمات الدفاعية تعبيراً عن المواد المكبوتة وتوظيفها بشكل بنائى إيجابى .

٣- التكوين العكسى (تكوين رد الفعل) Reaction Formation

حيلة دفاعية أخرى تلجأ إليها الأنا لا شعورياً تعزيزاً وتدعيماً لعملية الكبت أمام ضغط المواد غير المرغوبة أو المحظورة المكبوتة ، وتهديدها المستمر بالظهور السافر على مسرح الشعور ، حيث تتحور هذه المواد عن طريق التكوين العكسى أو الضدى وتظهر فى سلوك الفرد فى صورة نقيضها أو معكوسها تجنباً للقلق والشعور بالإثم المرتبط بعملية المواجهة الفعلية للمواد الأصلية المكبوتة ، فتتقنع مشاعر الحقد والكراهية مثلاً تجاه شخص ما وتظهر فى صورة حب مفرط ومودة مبالغ فيها نحوه ، وذلك كأسلوب دفاعى ضد القلق الناجم عن المشاعر الأصلية .

ووفقاً لهذا الميكانزم فإن المبالغة فى الحديث عن الشجاعة والإقدام قد يكون تكويناً عكسياً لمشاعر الجبن والخوف والتردد ، والإسراف فى مجاملة شخص ما ومديحه والثناء عليه قد تخفى وراءها كراهية شديدة لهذا الشخص (*) ، ومبالغة الفتاة العانس فى الخوف من الرجال ، قد تكون تغطية على رغبتها الجنسية الجامحة الآثمة المكبوتة . كما أن الحنو والتلطف الزائدين قد يكونان محاولة لا شعورية عكسية لمشاعر عدائية نحو من نحنو عليهم ونتلطف معهم ، فالطفل الصغير قد يتودد لشقيقه الرضيع ويغرقه بالقبلات فى حضورنا ، وعندما ندير ظهرنا له نفاجأ بصراخ واستغاثات ذلك الرضيع لأن شقيقه عضّه أو صفعه تعبيراً عن مشاعر غيرته المكبوتة منه . والسيدة التى لم تكن راغبة أصلاً فى الإنجاب لكنها عندما ترزق بالطفل ، ربما تستبدل مشاعرها الحقيقية المؤلمة لها - كراهية

* من الأمثلة العامية ذات الدلالة : " الفار وقع م السقف ، القط قال له : اسم الله .. ، رد الفار وقال له : ابعد انت عنى وخلّى العفاريت تركبنى " . إشارة إلى أن المبالغة فى إظهار مشاعر التودد الزائد من القط نحو الفأر ، ليست سوى تعبير عن مشاعره العدوانية المخبوءة تجاه الفأر .

الإنجاب - بتكوين عكسى يتمثل فى تشددها فى رعاية طفلها ومبالغتها فى العناية بنظافته ، بل قد تبدو فى سلوكها دلائل الحماية الزائدة له فتنوب عنه فيما يمكنه القيام به ، وذلك إمعاناً فى نكرانها لمشاعرها الحقيقية التى إن ظلت ماثلة فى وعيها لأشعرتها بالذنب ، وقد يترتب على ذلك كله أن يفقد الطفل استقلاليته وشعوره بالأمن بعيداً عن أمه ، ويصبح معتمداً عليها تماماً ، ومن ثم يسوء توافقه .

جدير بالذكر أن تحلى الفرد بسمات سلوكية طيبة أو خصال محمودة لا يعد بالضرورة فى جميع الأحوال تعبيراً عن التكوين العكسى لرغبات آثمة أو أفكار بغيضة بحيث يصبح الشخص دائماً عرضة للشك والاتهام ، فشجاعة الفرد قد تكون نزوعاً حقيقياً لديه لإغاثة المظلوم ، وتعفف فتاة ما عن المحرمات قد يكون تعبيراً صادقاً عن وازع دينى حقيقى ، إلا أن ذلك كله يعتمد على طبيعة الشخصية التى نحن بصدد الحكم عليها ، ومدى اتساق سلوكها فى المواقف المختلفة ، وتوافقها الشخصى والاجتماعى . فالسلوك الدفاعى القائم على التكوين العكسى يتميز بالمبالغة الشديدة والإسراف ، وعدم الواقعية أو التناسب مع الموقف ، وبالطابع القهرى ، بينما يتميز السلوك القائم على الاعتبارات الأخلاقية الصادقة والمشاعر الأصيلة بالاعتدالية والواقعية ، والوعى والاتساق .

وتجدر الإشارة أيضاً إلى التمييز بين كل من التكوين العكسى والتصنع أو النفاق ، فالتكوين العكسى عملية لا شعورية تعبر عن مادة مكبوتة لا يفطن الفرد إلى وجودها ، أما التصنع أو النفاق فهما أفعال إرادية مقصودة يدرك الفرد فيها مشاعره الحقيقية ، لكنه ينزع عامداً إلى إخفائها والتمويه عليها وإظهار عكس ما يبطن ، كأن يرائى الفرد شخصاً ما ويكيل له المديح والثناء ، وهو يعى تماماً أنه يكرهه .

٤- التعويض Compensation

من الأساليب الدفاعية الأخرى التى تتخذها الأنا اللاشعورية فى مواجهتها لضغط المواد المكبوتة ما يسمى بالتعويض ، وغالباً ما تكون هذه المواد فى تلك الحالة عبارة عن إحساسات دفينة بالعجز والدونية لدى الفرد ، وتنشأ تلك الإحساسات إما عن أسباب حقيقية نتيجة لعاهات أو اعاقات جسمية تحد من استعدادات الفرد وتقلل من كفاءته عمن هم فى مثل سنه ، أو نتيجة لقصور فى جانب من شخصيته يستشعر أهميته فى حياته

ومن ثم يمثل له مصدراً للإزعاج والإيلام والتهديد ، وقد ترجع هذه الإحساسات إلى أسباب وهمية غير واقعية نتيجة إسراف المحيطين بالفرد إبان طفولته فى انتقاده وتأنيبه وتعريضه لمقارنات ظالمة أو الزج به فى منافسات غير متكافئة مع من هم أكبر منه سناً وأكثر منه خبرة وتفوقاً . إلا أنها - أى تلك الإحساسات والمشاعر المكبوته - سواء نتجت عن أسباب حقيقية واقعية أم عن أسباب غير واقعية ، تكون مزعجة للفرد ومؤلمة ومقلقة فينزع إلى كبتها . وعندئذ يقال أنها أصبحت "عقدة نقص Inferiority Complex" وليست مجرد "شعور عادى بالنقص Inferiority Feeling " لذا فهى تسوق صاحبها لا شعورياً إلى التعويض الزائد عنها ، وذلك إبعاداً لمشاعر الدونية ، وتجنباً لما تسببه له من إيلام نفسى .

يأخذ هذا التعويض مظاهر سلوكية وتصرفات اندفاعية غريبة لا يدرك الفرد الصلة بينها وعقدته - أى الشعور الدفين بالنقص - كما أن هذه التصرفات لا تكون بنائية أو هادفة لسد أوجه النقص وعلاجها بقدر ما تكون تمويهاً عليها و تغطية لها دون إرادة الفرد . و من أمثلة مظاهر التعويض الزائد المهول الاستعراضية والاستعلائية على الآخرين ، و النزعة إلى الزهو والتفاخر و الغرور و المظهرية وتكلف الوقار والتحذلق فى الكلام *. وقد تتبدى مظاهر التعويض الزائدعن القصور الجنسى مثلاً فى أشكال سلوكية عدوانية وربما إجرامية لإثبات القوة ، أو فى السيطرة والتسلط.

كما قد تبدو هذه المظاهر فى حساسية الفرد الشديدة للنقد ، وميله إلى اتهام الآخرين بتعمد إهانته و النيل من كرامته والتقليل من شأنه برغم أن ذلك كله قد يكون لا أساس له من الصحة . وتصل المظاهر التعويضية الزائدة ذروتها لدى المرضى العقليين مثلما هو الحال فى هذا هات العظمة.

تختلف عقده النقص بما يصاحبها من إنكار للحقائق وما يترتب عليها من مظاهر شاذة مرضية للتعويض الزائد ، عن الشعور العادى بالنقص وما يترتب عليه من سعى الفرد إلى سد هذا النقص وعلاجه ، فالشعور بالنقص حالة طبيعية سوية يعترف الفرد بها

* من الأمثال الشعبية التى تضرب فيمن يتفاخر بمحاسن غيره وهى غير موجودة فيه " القرعة تتباهى بشعر بنت اختها " ومن الأمثلة التى تقال فيمن يضع نفسه فى غير موضعها ، ويعمى عن عيوبه : " أقرع ونزهى " ، " أخرس وعامل قاضى " ، " أعمش وعامل صراف " .

ويعيبها ، ومن ثم يدرك بمقتضاها أنه أقل من غيره مكانة أو علماً أو مالاً أو مهارة ، ويسعى تبعا لذلك بوعى وواقعية لتنمية استعداداته و مقدراته ، و تحسين أحواله المادية أو مهاراته للوصول إلى المستوى الذى يطمح إليه . وهكذا يصبح الشعور بالنقص دافعاً قوياً يستحث الفرد ويحفزه إلى التقدم والإصلاح ، ويعد عاملاً فعالاً فى نموه النفسى وتوافقه .

وقد رأى ألفرد أدلر (١٨٧٠ - ١٩٣٧) A. Adler صاحب علم النفس الفردى أن الشعور بالنقص هو الدافع الأساسى للتفوق Superiority ولما وصل إليه الجنس البشرى من نمو وتقدم . فكل منا يجد فى نفسه مظاهر نقص يعمل على استكمالها وتعويضها تعويضاً ناجحاً، كما يجد نفسه فى ظروف وأحوال يرغب ويندفع إلى تحسينها بما يحقق له المكانة والسيطرة والتفوق . فإذا ما أخفق فى التعويض السوى عنها لجأ لا شعورياً إلى التعويض الوهمى الزائد - مثلما سبق ذكره من أمثله - و قد يأخذ هذا التعويض الزائد أشكالاً مرضية معوقه لتوافقه و صحته النفسية كأحلام اليقظة والنوم وهذا ءات العظمة وغيرها مما نجده فى سلوكيات المضطربين والمرضى النفسيين والعقليين .

٥ - التقمص (التوحد) Identification

هو العملية اللاشعورية التى يدمج عن طريقها الفرد شخصيته فى شخصية فرد آخر يتوحد به ، ويتمثل صفاته و أخلاقياته ، ويمتص قيمه واتجاهاته ، ويستدمجها فى ذاته و يجعلها من مكونات شخصيته . وتختلف عملية التقمص عما يطلق عليه التقليد Imitation ، فالتقليد عملية شعورية إرادية يمارسها الفرد بشكل واع و مؤقت لمحاكاة نموذج آخر فى أداء مهارة ما أو السلوك بطريقة معينة فى بعض المواقف استكمالا لجوانب قصور ربما يستشعرها فى نفسه ، دون أن يترتب على ذلك تغيير جوهرى فى شخصيته ، بينما تتسم عمليه التقمص بكونها لا شعورية ، وذات صبغة انفعالية ، كما أنها ذات آثار بعيدة المدى علي الشخصية ، فهى تتضمن شعور الفرد بأنه والنموذج الذى يتقمصه شيىء واحد .

وتذهب مدرسة التحليل النفسى إلى أن التقمص هو الوسيلة الأساسية التى تنمو عن طريقها أنا الطفل فى سنواته الأولى ، حيث يحاول لا شعورياً خلال مواقف الصراع الأوديبى تمثل خصائص أبيه المماثل له فى نوع الجنس، وتشربها والتطابق مع شخصيته، وتكوين صورة أخرى منه بعد أن كان يشعر نحوه بالكراهية لاستئثاره بحب الأم التى يشتد

تعلق الطفل بها. كما أن الطفل يتفهم عن طريق التقمص المطالب الاجتماعية ، ويتمثل معايير الخير والشر ، والصواب والخطأ ،فيتشكل أناه الأعلى أو ضميره .

ويطلق المحللون النفسيون على هذا النوع من التقمص الذى يحدث فى السنوات الأولى من عمر الطفل التوحد الأولى ، ويميزون بينه ونوع آخر يحدث فيما بعد هو ما أسمته أنا فرويد بالتوحد مع المعتدى أو الشخص المرهوب Identification with the agressor ، حيث يكون الدافع إليه هو خفض التوتر وتجنب الألم ، ويستخدم كأسلوب دفاعى فى مواقف الخوف والتهديد. فعندما يشعر المرء بمصدر تهديد لا يقوى على مواجهته ، فإنه ينزع إلى التوحد به اتقاء لشره وطلباً لرضاه ، وذلك بدلا من الإقدام على مواجهة يائسة معه قد لا تنتهى سوى بمزيد من الخطر والتهديد، ومنه ما نلاحظه على الطفل مثلاً عندما يتقمص بعض شخصيات يرهبها ويخشاها ، كأن يرتدى ملابس طبيب الأسنان ويلعب دوره ، أو يضع على وجهه قناع حيوان مفترس ويقلد صوته وحركاته.

وربما حدث التوحد مع نموذج واقعى أو نموذج خيالى ، فالبنت تتوحد بأمها والولد يتوحد بأبيه ، والمراهق يتوحد مع جماعات الأسرة أو المدرسة أو الحى أو النادى فيتشرب معاييرها وقيمها ويندمج فيها و يعتز بالانتساب إليها ويفخر بإنجازاتها ، والمرء يتوحد مع شخصية بطل الرواية التى يقرؤها، أو الفيلم الذى يشاهده.

وللتوحد دور بالغ الأهمية فى عملية التعلم ، فالطفل يكتسب مقومات الدور الجنسي المناسب ، وينال الرضا والقبول من المحيطين به تبعا لنجاحه فى التوحد مع شخصية الوالد وتقليد سلوكه وتصرفاته ، كما أننا نمتص كثيرا من عاداتنا وتقاليدنا، وقيمنا ومعاييرنا من خلال التوحد مع نماذج الشخصيات التى نتفاعل معها فى المحيط العائلى والمدرسى والاجتماعى.

ويقوم التقمص على دوافع مختلفة منها مثلاً الشعور بعجز أو نقص ما ، فنحن نميل إلى تقمص شخصيات الآباء لنستشعر القوه والكفاءة والحماية والأمن ، ونتوحد مع شخصيات الأقارب الناجحين أو الشخصيات الاجتماعية أو العلمية والفنية المشهورة لنشبع حاجاتنا - مما لم نحققه واقعيا - من سلطة ونفوذ أو قوة أو نجاح ولو بشكل جزئى ، وربما يفسر ذلك لجوء كثير من المراهقين والمراهقات إلى تزيين غرفهم بكثير من صور الشخصيات الرياضية والسينمائية و التباهى بالالتقاء بهم أو الحصول على

توقيعاتهم ، وربما يكون الدافع إلى التقمص هو الحاجة إلى التحرر من الخوف و القلق مثلما يقوم الطفل بتقمص شخصية الجراح أو طبيب الأسنان ويحاكى سلوكهما فى اجراء الجراحة أو خلع الضرس ، أو يتقمص أصوات وحركات بعض الحيوانات المتوحشة ، و هو ما سبقت الإشارة إليه على أنه توحد بالشخصية المرهوبة .

ورغم الوظائف البنائية العديدة للتقمص ودوره الحيوى فى تحقيق التوافق النفسى فإنه قد لا يؤدى إليهما بالضرورة فى جميع الأحوال ، فأمر ذلك يرتهن بعدة أمور من بينها :

أ - طبيعة النموذج الذى يتوحد به المرء و يؤثر على سلوكه وخصائص هذا النموذج ، فقد يتقمص الفرد نموذجاً سيئاً كشخصية عدوانية أو زعيماً لعصابة أو جماعة منحرفة ، لذا لزم التنويه بدور كل من الأسرة و المدرسة ووسائل الإعلام فى تقديم نماذج تتسم بالنضج والإيجابيه والإبداع لأبنائنا سواء من الشخصيات المعاصرة أو عبر عصور تاريخية سابقة ، وذلك فى المجالات المختلفة العلمية والفنية والأدبية ، وتقديم هذه الشخصيات بطرق مشوقة تشجع الأبناء على التوحد معها والاقتداء بها .

ب- مدى اعتمادية الفردعلى التقمص كوسيلة لإشباع حاجاته وخفض توتراته ، فاستخدام التقمص بصورة مستمرة قد يكون دالاً على فشل الفرد ذاته فى تحقيق أهدافه بنفسه ، أو على إخفاقه فى بلوغ مستوى معقول من حيث التكامل فى شخصيته ، فيتعلق بشكل مرضى بنموذج ما لا يحيد عنه مما يعوقه عن الاستبصار بجوانب قوته وتميزه الحقيقى فلا يدركها ، ويغفل بالتالى عن استثمارها . لذا نجد التقمص يصل حداً صارخاً عند بعض المرضى العقليين حتى أن الضلالات أو الاعتقادات الباطلة تبدو راسخة تماماً لدى بعضهم بأنهم أنبياء مثلاً ، أو قادة تاريخيون مؤثرون مثل نابليون بونابرت فيحاكون مظهره وحركاته وأسلوبه دون وعى أو إرادة .

٦- النكوص : Regression

النكوص هو إحدى الحيل التوافقية اللاشعورية التى تلجأ إليها الأنا عندما يتهددها القلق والتوتر الناجم عن الفشل فى مواجهة بعض المواقف والأزمات والصراعات والإحباطات ، ويتمثل النكوص أو الارتداد فى ممارسة الفرد بعض الأساليب السلوكية التى

تنتمى أو تميز مرحلة نمو سابقة ، ولم تعد مناسبة لمرحلته العمرية الحالية . فعندما يعجز المرء عن مواجهة المواقف العصيبة التى يتعرض لها إما لأسباب خارجية أو نظراً للصراعات الداخلية وضغوط المواد المكبوتة ، نجده يلتمس الحل فى تلك الأساليب السلوكية البدائية ، أو الاستجابات غير الناضجة ليجنّب نفسه الشعور بالعجز والفشل ، ويستدر عطف الآخرين واهتمامهم ومساندتهم فى مواجهة قلقه الراهن أو بالأحرى لكى يعفى نفسه من مسئولية هذه المواجهة .

فالطفل فى عمر ست أو ثمان سنوات مثلاً قد ينكص إلى سلوكيات طفل حديث الولادة ، فيمص أصابعه فى موقف ضاغط عصيب لا يقوى على مواجهته ، أو يعاود التبول اللاإرادى - بعد أن يكون قد تعلم ضبط عملية الإخراج - عندما يشعر بالخوف الشديد ، أو يعتريه القلق ، أو تتملكه مشاعر الغيرة من أخيه المولود حديثاً ، وكأنه يحاول لا شعورياً استعادة اهتمام الأم عندما كانت تحنو عليه وتهتم به حينما كان يتبول على نفسه فى طور سابق من أطوار نموه . وقد يحدث لمراهق أو راشد أن يتراجع إلى أسلوب بدائى ؛ كالبكاء والعويل ، أو قضم الأظافر عندما يعجز عن التغلب على بعض الصعوبات التى يصادفها فى مواقف الحياة اليومية .

ومن أشكال النكوص ما نلاحظه على بعض المسنين فى شيخوختهم من الإسراف فى العناية بمظهرهم الخارجى وتقليد الشباب ، وكذلك ما نلاحظه من اشتداد وطأة الشعور بالغربة والحنين إلى الوطن Home Sickness الذى يحدث لبعض الأشخاص عندما يسافرون إلى الخارج ، أو ينتقلون إلى بيئات جديدة ، وقد يصبح هذا الحنين مرضياً عندما يعجزون عن مواصلة الحياة فى هذه البيئات والتوافق معها ، كما هو الحال لدى طالب يقطع دراسته بالخارج لعدم مقدرته على تحمل آلام الغربة ، أو لدى إحدى المتزوجات حديثاً تترك بيت الزوجية لشعورها بالعجز واستحالة مواصلة حياتها بعيداً عن أمها التى تجد فى قربها الرعاية والحماية والشعور بالأمن .

ويشير علاء كفافى (١٩٩٠: ٢٨٤-٢٨٥) إلى أن السلوك النكوصى قد يكون "تعبيراً عن قلة الحيلة ، وأحياناً ما يعكس سلوكاً سبق تعزيزه فى فترات سابقة .... ولذلك فالسلوك النكوصى يرتبط ويختلط مع السلوك المثبت Fixed ، والسلوك الجامد Rigid ، وهى صور من السلوك تشير إلى أساليب كانت مناسبة فى مواقف

معينة ، واكتسبت قيمتها على هذا الأساس ، لكنها لم تعد تناسب المواقف الحالية " .

ويرى المحللون النفسيون أن النكوص من أهم أسس الاضطرابات النفسية والعقلية ، وأنه يحدث نتيجة التثبيت Fixation على مالم يتم إشباعه عبر مراحل النمو النفسجنسي المتتابعة فى نظرية فرويد ، حيث يحدث النكوص أو التراجع فى المواقف الصراعية والإحباطية إلى الأساليب السلوكية والطرق المعتادة المألوفة فى مرحلة النمو التى تم عندها التثبيت .

كما يربط المحللون النفسيون بين شكل الاضطراب ومرحلة التثبيت ، فالفصام مثلاً يرتبط بالتثبيت على المرحلة الفمية المبكرة ، وعصاب الوسواس القهرى يرتبط بالتثبيت على المرحلة الشرجية المتأخرة ، والهستيريا بالتثبيت على المرحلة القضيبية .

٧- التبرير Rationalization

التبرير هو عملية لا شعورية ينتحل بمقتضاها الفرد أسباباً زائفة ليست حقيقية لكنها مقبولة اجتماعياً ، وذلك لتسويغ أفعاله المعيبة وتصرفاته الشائنة والغريبة ، وإخفاء أسبابها الحقيقية التى تثير قلقه وتؤذى مشاعره ، بحيث تبدو هذه الأفعال وتلك التصرفات منطقية ومقبولة ، لا تحط من قدر الأنا ، ولا تتعارض مع مفهوم الذات * .

فالتلميذ الذى أخفق فى اجتياز امتحان ما قد يعلل رسوبه بأن المدرس اضطهده ، أو بأن أسئلة الامتحان صعبة أو بأن الذين نجحوا قد حققوا ذلك عن طريق الغش ، وقد أصف شخصاً بالغرور والصلافة أو سوء الخلق لأريح نفسى من السبب الحقيقى وهو غيرتى الشديدة من تفوقه ونجاحه الذى يصيبنى بالتوتر والقلق ، وقد يبرر أحد الآباء عقابه الشديد لأحد أبنائه أو قسوته عليه بأنها لمصلحته أو لكونه مقصراً في أداء واجباته ، وحقيقة الأمر أن السبب فى ذلك هو رفضه الشديد لهذا الإبن ، إلا أن الأب لا يقوى على الاعتراف بهذا السبب لأنه معيب لذاته ويشعره بالذنب .

وقد تُعلل من فاتها قطار الزواج حالتها بأنها ليست راغبة فى الزواج ولا تسعى

---

* يقول المثل العامى : "اللى ما تعرفش ترقص تقول الأرض عوجه " . ويقول المثل الإنجليزى The Poor Laborer blames his tools ومضمونه أن العامل سيء الصنعة يلقى باللوم على أدواته .

إليه ، لأن الحياة الزوجية لا تجنى من ورائها سوى المتاعب ، وهوان التبعية للرجال و"مرمطة" الأطفال ، مع أنها فى قرارة نفسها تتوق إلى الزواج لكنها فشلت فى ذلك ، إلا أن هذا السبب يؤذى مشاعرها ويصيبها بالإحساس بالدونية . وتذكرنا حالة هذه الأنثى بقصة ذلك الثعلب الذى رأى عنباً فاشتاقت نفسه إليه ، فلما وثب فلم يَطُله استشاط غضباً ، بل كاد يموت كمداً لكنه لكى يحفظ كرامته همس لنفسه قائلاً "هذا مرُ حصرم وليس بعنب" ، وذلك ليقلل من أهمية الهدف المحبط .

وهكذا نحن لا نميل إلى الاعتراف بالأسباب الحقيقية لفشلنا وتصرفاتنا المعيبة ، وإنما نعطى تبريرات تجعل هذا الفشل وتلك التصرفات خارجة عن إرادتنا لنعفى أنفسنا من اللوم والمسئولية ، ونحميها من الشعور بالقصور والعجز . التبرير إذن يستهدف راحة الأنا عن طريق خداعها وتعميتها والتمويه عليها بشأن ما لا تطيق مواجهته من عيوب ونقائص ، فهو الوسيلة إلى حفظ ماء وجهها واحترامها لذاتها . ويؤدى اعتياد التبرير والإسراف فيه إلى سوء توافق الفرد على المستويين الشخصى والاجتماعى ، حيث يكرّس كل طاقته لإيجاد الذرائع الباطلة لتقصيره أو فشله أو عجزه ملقياً اللوم على الآخرين أو الظروف مما يبعده شيئاً فشيئاً عن الواقع .

ويختلف التبرير عن الكذب ، فالكذب عملية إرادية يدرك فيها الفرد أن ما يسوقه من أسباب غير حقيقى ، وأنه يتعمد التحريف ويقصده ليخدع بذلك غيره من الناس ، بينما التبرير عملية لا شعورية لا يدرك فيها الفرد حقيقة أسباب سلوكه ، ويعتقد جازماً أن المبررات التى يقدمها صحيحة تماماً ، ومن ثم يخدع بها نفسه .

٨- الانسحاب Withdrawal

أشرنا إلى أن من أهم أسباب نشوء الحيل الدفاعية تجنب الألم وخفض التوتر ، إلا أن الأنا قد تشعر بأنها لم تعد تحتمل الصراع والقلق وما يترتب عليهما من استصغار وتحقير للذات . وأنه لم يعد لديها جهداً ولا طاقة لمواجهة الضغوط والتهديدات التى ينذر بها هذا الصراع . وعندئذ تلجأ إلى حيلة تريح بها نفسها وتعفيها من بذل الجهد ، وهى الانسحاب أو الهرب اللاشعورى من مسرح الأحداث والمواقف التى يحتمل أن تثير قلقها تجنباً لتحمل المسئولية أو الفشل . ويأخذ هذا الانسحاب صوراً عديدة ومختلفة منها الانطواء ، والخيال وأحلام اليقظة ، وتعاطى العقاقير والكحوليات .

فالانطواء يعنى الهرب مادياً ومعنوياً ، واعتزال العالم الخارجى (الناس والأحداث والعمل أو الدراسة) والانصراف إلى العالم الداخلى الذى ليس فيه أى احتكاك بالعالم الواقعى الخارجى ، ويصل فى حالاته المرضية إلى حد الإضراب اللاشعورى عن أى تفاعل إيجابى أو اتصال حتى ولو لفظياً بالآخرين كما فى الحالات المتأخرة من مرض انفصام الشخصية .

أما فى الخيال وأحلام اليقظة Fantasy & Day - Dreaming فبدلاً من المعالجة أو المواجهة الواقعية للموقف ، فإن الفرد ينصرف لا شعورياً إلى التفكير الخيالى غير المنطقى لخفض توتره ومحاولة إشباع ما عجز عن إشباعه فى الواقع ، دون أن يكلف نفسه مشقة أى جهد حقيقى . فترى مراهقاً وقد تخيل نفسه نجماً سينمائياً أو بطلاً رياضياً تحيطه المعجبات من كل جانب يُنْظرونه بأسئلتهم عن آخر أعماله التى ينتظرونها على أحر من الجمر ، وترى مراهقة تتخيل نفسها ربما لساعات طويلة أنها فنانة شهيرة ، وقد تشغل نفسها بالرد على خطابات وهمية من مريديها ، وقد تجد مظلوماً وقد صوّر له خياله أنه قائد عسكرى كبير له سطوته وسلطانه ويُلقى بالأوامر فيُطاع . وهكذا يجد كل منهم من خلال أحلام اليقظة أن الخيال والوهم أكثر إرضاء لدوافعه واحتياجاته من الواقع ، فيتورط فيها وينسحب شيئاً فشيئاً من الحياة الواقعية الفعلية غير المشبعة لهذه الدوافع .

جدير بالذكر أنه ليس بالضرورة أن يكون كل تخيل حيلة انسحابية أو هروبية من الواقع ، فبعض التخيل قد يكون طبيعياً طالما بقى الإنسان على اتصاله الوثيق بالناس والحياة الواقعية ، وظل هذا التخيل تحت التحكم الشعورى الواعى للفرد . وقد يكون التخيل ضرورياً وبنائياً وفعالاً كما هو الحال بالنسبة للمبدعين إذ يساعدهم فى بلورة أفكارهم الجديدة وصياغة تصوراتهم المبدئية لأعمالهم الإبداعية الفنية والأدبية والعلمية . فالخيال هو أساس الأفكار النادرة الأصيلة التى هى لب التفكير التباعدى أو التغييرى ، وهو الذى يمكّن الفنان التشكيلى من تصور الأشكال والعناصر التى يتناولها ، ويؤلف بينها فى ترابطات ومركبات ونظم شكلية جديدة ، وإعادة دمجها وصولاً إلى صورة بصرية خاصة موافقة للموضوع أو الفكرة التى يعبر عنها (عبد المطلب القريطى ، ١٩٧٥: ١٥٠) ، والخيال هو الذى يمد الروائى بالتصورات الأولية لأحداث روايته ومشاهدها قبل عكوفه على كتابتها ، كما يساعد العالم على تخيل العلاقات بين

متغيرات بحثه ، وعلى صياغة فروضه ، قبل إجراء تجاربه ، واستخلاص المبادىء والقوانين .

أما الاعتياد على أحلام اليقظة ، والاستغراق المستمر فى التخيلات والاعتياد عليها كوسيلة يهرب بها الفرد من واقعه ، ويحتمى بها كلما واجهته مشكلة ليستمتع بمشاعر إشباع أو نجاح أو تفوق مزعومة لا أساس لها فى الواقع ، ويبنى عن طريقها قصوراً فى الهواء ليعيش فيها كما لو كانت حقيقية واقعية ، فعندئذ تكون معوقاً لنموه وتكامله النفسى ومؤشراً على سوء توافقه ، فالخيالات وأحلام اليقظة يمكن أن تؤدى إلى إغراق الفرد فى عالم من الوهم يحول دون الاتصال والاندماج والتفاعل الحقيقى المثمر مع العالم الواقعى مثلما هو الحال لدى مرضى انفصام الشخصية وجنون العظمة .

من الصور الانسحابية أيضاً أن يشعر الفرد بالخمول والكسل دون جهد يذله ، فيلتمس لا شعورياً راحته بالتقاعس عن العمل وبالخلود إلى النوم ، ومن المشاهد التى نألفها فى المدارس أن يغلب النعاس تلميذاً أثناء حصة مادة دراسية معينة ، ليس نتيجة إرهاق جسمانى ، وإنما لأن مدرس هذه المادة يمثل مصدر إحباط بالنسبة له أو لأن المادة ذاتها مستعصية على فهمه . وقد يلجأ الفرد - هرباً من الواقع وخلاصاً من صراعاته ومشكلاته أو إحباطاته - إلى إدمان تعاطى العقاقير أو الكحوليات ، ومن الغريب حقاً أن بعض المدمنين قد لا يجدون سبيلاً للتخفُّف من صراعاتهم أو شعورهم بالإثم والذنب سوى بإنزال أقصى العقوبة على أنفسهم ، وهو ضياعها وخسرانها المبين أى بالإدمان وليس بتقويمها وإصلاحها .

على أنه ليس بالضرورة أن يهرب الفرد من مواجهة مشكلاته وينسحب من عالمه الواقعى بواحدة من الصور السابقة فقط ، فقد يتمثل انسحابه فى الاستغراق فى عمله المجهد لساعات طويلة خارج البيت ، مثلما يمكن ملاحظته لدى بعض الأفراد الذين يلاقون مشكلات وإحباطات فى محيط أسرتهم فلا يعودون إلى بيوتهم سوى فى ساعات متأخرة ربما هروباً من هذه المشكلات والإحباطات .

٩- العدوان Aggression

إحدى الحيل الدفاعية التى تتخذها الأنا اللاشعورية لخفض توترها الناجم عن الإحباط

أو الفشل فى تحقيق الإشباعات والأهداف . جدير بالذكر أن العدوان الذى يتم بصورة مباشرة يعى فيه الفرد بانفعالاته ويوجهها نحو هدف محدد عن قصد لأنه يراه سبباً لإحباطه أو إعاقته عن بلوغ غاية معينة ، فَتَشَاجُرِ فرد مع آخر رداً على إهانته له لا يعد حيلة دفاعية . أما عندما يتم هذا العدوان بصورة غير مباشرة ولا إرادية عن طريق ما يسمى بإزاحة Displacement الطاقة أو المشاعر العدوانية من مثير أو مصدر أصلى للإحباط والتعويق ، وتوجيهها لا شعورياً إلى مثير آخر (شخص ما . . حيوان . . شئ ما) يفرغ فيه الفرد طاقته العدوانيه دون أن يعى الأسباب الموضوعيه لذلك . ففى هذه الحاله يعتبر العدوان حيله دفاعيه . (*) فإذا كان مصدر الإحباط أو الحيلوله دون تحقيق الهدف هو مدير مؤسسة ما ، فإن الموظف ينزع لا شعورياً إلى خفض توتره الناجم عن ذلك ربما بتفريغ طاقته العدوانية فى أقرب مثير يلقاه زميلاً أم باباً أم كرسياً أم حيواناً .

وقد رأى "فرويد" أن العدوان - كما أوضحنا فيما سبق - أحد غريزتين تشتركان بين الناس جميعاً بحتميها تكوينهم العضوى ، فقد نظر إليهما كما ننظر اليوم إلى الجوع والعطش سواء بسواء . غير أن نتائج بحوث بعض المحللين النفسيين المحدثين من أمثال دولارد "Dollard " قد خففت من غلواء وتطرف آراء فرويد ، إذ بينت أن العدوان لا يصدر عن غريزة متأصلة فى الإنسان ، وإنما ينشأ عن تعرضه لمواقف إحباطية تهدد أمنه وسلامته وإشباعاته ، وأن لبيئة الفرد والمحيطين به أثرهما البالغ فى ذلك . كما ذهب بعض العلماء إلى تفسير العدوان على أنه سلوك متعلم عن طريق الملاحظة والتقليد وعمليات التدعيم والإثابة . على وجه العموم فإن العدوان يأخذ صوراً مختلفة من حيث :

أ - طبيعة المادة أو الوسيلة التى يستخدمها الفرد فى تفريغ مشاعره العدوانية : فقد يعتمد على وسيلة لفظية (قذف وسباب ، انتقادات جارحة وتشهير مثلاً) أو على وسائل غير لفظية (كالضرب والإيذاء البدنى ، الإضراب عن الطعام ، تحطيم الأشياء ، تعذيب الحيوانات ، إيلام الذات) .

ب- طبيعة المثير الذى يُفرغ فيه أو عليه هذه المشاعر العدوانية : هذا المثير إما أن يكون

* من الأمثلة الشعبية الدالة على ذلك " مالقاش عيش يتعشى بيه ، جاب عبد يلطش فيه " ، "ماقدرش ع الحمار ... اتشطر ع البردعة " .

خارجياً (أناس آخرون مثلاً) أو داخلياً (ذات الفرد نفسه) فقد يتجه الفرد بعدوانه إلى أناس أبرياء لا دخل لهم أصلاً بقلقه وتوتره . فالتلميذ الذى أهانه المدرس ربما يفرغ عدوانه فى تلميذ آخر لأتفه الأسباب ودون ذنب جناه ، والمعلمة التى حضرت لتوّها إلى مدرستها بعد مشادة عنيفة مع زوجها ربما توجه طاقتها الغضبية العدوانية إلى تلميذاتها البريئات ، والأب الذى أوجعته إساءات رئيسه فى العمل ، ربما يصب جام غضبه على زوجته وأولاده دون سبب منهم ، ودون أن يعى هو بحقيقة دوافعه إلى ذلك .

وربما يتوجه الفرد لا إرادياً بعدوانه الناجم عن قلقه وإحباطه إلى الجمادات وأشياء تافهة لا حول لها ولا قوة ، فالعطشان قد يُفرغ توتره فى تحطيم إناء أو كأس ، والمغتاظ ربما لا يرتاح إلا إذا أطاح بعيداً بطبق أو بكرسى فى الهواء أو إلا إذا قتل ذبابة حتى أنه يتبعها بإصرار لعدة دقائق . وقد يجد العدوانى لذته فى تعذيب حيوان ما : كقطة بريئة أو كلب أوقعه حظه العاثر فى طريقه .

وقد لا يقتصر الفرد على تفريغ طاقته العدوانية فى مثير خارجى ، وإنما ينكفئ على ذاته - فى حالات أشد وطأة - ويُمعن فى تأنيبها أو يفرط فى توبيخها وإيلامها وتعذيبها ، ومن صور ذلك أن يمتنع عن الشراب والطعام ، أو تتملكه الرغبة فى الانتحار أو يقدم على الانتحار فعلياً .

جدير بالذكر أنه فى الحالات المرضية المتطرفة وعندما يتوجه العدوان إلى مثيرات خارجية ، فقد يؤدى الأمر إلى الرغبة فى القتل أو القتل الفعلى لآخرين ، وعندما يرتد العدوان إلى الذات فقد يصل الأمر إلى التفكير فى الانتحار أو الانتحار فعلاً . ومن أهم الدلالات على العدوان فى صورته الشاذة المرضية أنه يتم بصورة لا إرادية دون وعى أو إدراك ، ودون تقدير من الفرد لعواقبه . لذا فإنه يلزم التنويه للقائمين على أمر تنشئة الطفل وتربيته سواء فى الأسرة أم المدرسة بأهمية تهيئة السبل والوسائل المقبولة التى تمكنه من أن يعبر من خلالها عن مشاعره الغضبية والعدوانية الناجمة عما يلاقيه من إحباطات وفشل ، ومن ذلك الأنشطة الفنية التركيبية البنائية ، والمنافسات الرياضية . والعمل على إتاحة الفرص أمامه ليعبر لفظياً عن الرفض Resentment فى إطار المناقشات الودية

والصريحة دون خوف يفرض عليه إنكار مشاعره الحقيقية وكبتها ، بالإضافة إلى العمل على مساعدة الطفل على الاستبصار بطبيعة الحياة من حيث إنها ليست مانحة على الدوام ، كما هي ليست مانعة باستمرار ، ومن ثم تنمو مقدرته على بذل الجهد والمواجهة الواقعية لمواقف الفشل ، ولإحباطات الحياة ومشكلاتها وصعوباتها .

١٠- الإسقاط Projection

للإسقاط معان متعددة من بينها :

أ - أنه عملية لا شعورية يقوم الفرد بمقتضاها بإلصاق نزعاته المستقبحة ورغباته الكريهة ، وعيوبه وسمات شخصيته غير المرغوبة بالأفراد الآخرين ، كوسيلة للتبرؤ أو التخلص منها ، والتخفف من مشاعر القلق المرتبطة بها . فالإسقاط - كبقية الحيل الدفاعية الأخرى - عملية خداعية للنفس ، تقوم الأنا عن طريقها بنسبة كل ماهو بداخلها من عيوب أو رغبات دنيئة تهددها ، وتشعرها بالضعة والإثم إلى الآخرين ، تنزيهاً لها والتماساً للراحة والهدوء ، وكأن هذه العيوب أو النقائص ليست موجودة فيها وإنما هي موجودة في الآخرين ، وهكذا تنكر الأنا وجود المواد المؤلمة والمثيرة للقلق في نفسها ولا تعترف بها ، وتلصقها بالآخرين * .

فالشخص المنافق غالباً ما يرى غيره من الناس منافقين ، والزوج الخائن أو الذي تنزع نفسه إلى خيانة زوجته ، يشك كثيراً في تصرفاتها ويميل إلى اتهامها - وهي بريئة - بالخيانة ، ولسان حاله يقول إنها تخونني بدلاً من أن يقول إنني أخونها . وقد أورد أحد الباحثين حالة أسماها " جنون العوانس" لسيدة اشتكت مراراً من أن أحد معارفها يضايقها كثيراً ويبذل محاولات دؤوبة لجذب انتباهها واستمالتها ، بل وكتبت إليه خطابات تؤنبه على ذلك كله وتوبخه ، وثبت من دراسة حالة السيدة التي أودعت إحدى مصحات الأمراض العقلية أن هذا الرجل برىء تماماً مما نُسِب إليه ، كما تبين أن النزعات الجنسية لدى هذه السيدة لم تجد منفذاً طبيعياً فكُبتت ، ولكنها تمكنت من التعبير عن نفسها بأسلوب غير مباشر عن طريق الإسقاط ، فاتهمت السيدة هذا الرجل بما تسعى هي إليه أصلاً لتشبع رغبتها دون المساس بكرامة " أناها" (عبد العزيز القوصي ، ١٩٧٥:١٣٤-١٣٥) .

ب- وهو - أي الإسقاط - عملية لا شعورية تفسر بمقتضاها سلوك الآخرين وتصرفاتهم وفقاً لما هو في نفوسنا ، فالموظف الذي من طبيعته الكيد والدس لزملائه قد يفسر حديثاً عادياً متبادلاً بين اثنين من زملائه على أنه مؤامرة عليه ، والشخص الذي يرتكب أفعالاً مريبة ومثيرة للشك قد يفسّر وقوف جارٍ له في شرفته على أنه من قبيل التجسس عليه .

جـ- وهو عملية لا شعورية يلوم الفرد بمقتضاها أيضاً غيره من الناس أو الأشياء على فشله وقصوره ، فكثيراً ما يعلق الفرد أخطاءه وفشله على شماعة الآخرين أو الظروف بدلاً من أن يلوم نفسه على هذا الفشل ، وهي إحدى صور التبرير التي يتخذها الإسقاط فيعزو تلميذاً رسوبه في الاختبار إلى صعوبة الامتحان ، ويعزو رجل الأعمال فشله في مشروع ما إلى سوء الحظ .. وهكذا .

ويشير بعض الباحثين (محمد عودة وكمال مرسي ، ١٩٨٦: ١٥٧) إلى أن إسقاط المشاعر الدنيئة والصفات الذميمة والأخطاء على الآخرين ، يتم لا شعورياً على ثلاث مراحل ، حيث ينكر الفرد في المرحلة الأولى وجود هذه المواد المؤلمة ويتبرأ منها ، وفي المرحلة الثانية يلصقها بغيره أو يسقطها على الآخرين ، وفي المرحلة الثالثة ينمّي في نفسه صورة سيئة عنهم ، ويصفهم بصفات ذميمة ، ويهاجمهم ويسخط عليهم ، ويفضحهم ويسبهم ، ويجعل من نفسه مصلحاً ومعاقباً لهم .

ويعد الإسقاط الميكانزم الأساسي الذي يحكم لا شعورياً مرضى البارانويا الذين يتوهمون الاضطهاد والإيذاء والضرر من الآخرين ، بينما يُفترض أن الرغبة في الإيذاء هي من خصائص المرضى أنفسهم لكنهم ينكرونها ولا يعترفون بوجودها ، تجنباً لما تثيره من قلق في أنفسهم والتماساً للراحة والطمأنينة النفسية والحفاظ على صورة الذات .

يتبين مما سبق ذكره من معان مختلفة للإسقاط أنه عملية تشويهية أو مسخ للواقع سواء أكان خارجياً يتمثل في الأشخاص أو الظروف أو الأشياء أو تصرفات الآخرين ، أم كان داخلياً أي كيان الشخص ذاته وصفاته ومشاعره . وهو يحول بين الفرد والرؤية

* يقول الشاعر " نعيب زماننا والعيب فينا ، وما لزماننا عيب سوانا . " وهناك حكمة مفادها : " كل إناء ينضح بما فيه " ، ومن الأمثال الشعبية " زاني ما يأمن لمراته " .

الموضوعية لهذا الواقع مما يترتب عليه مثلاً إفساد علاقاته الاجتماعية بزملائه وأقرانه أو المحيطين به ، كما يحول بين الفرد وإدراكه لذاته وفهمها على حقيقتها بما تشتمل عليه من جوانب نقص وعيوب ، والعمل على علاجها ، مما يعوق نمو مفهوم واقعي عن الذات . ومن ثم يؤدى الإفراط فى الاعتماد على الإسقاط كوسيلة للتعامل مع الواقع إلى سوء التوافق واعتلال الصحة النفسية .

ونظراً لفاعلية ميكانزم الإسقاط وكفاءته فى تشخيص المشاعر والاتجاهات والدوافع الحقيقية والجوانب اللاشعورية من شخصية الفرد ، فقد استخدم كأساس لبناء بعض أدوات دراسة الشخصية مما يعرف بالاختبارات الإسقاطية Projective tests ومنها اختبار بقع الحبر لرورشاخ ، واختبار تفهم الموضوع "التات" Thematic Appreception Test المصمم خصيصاً للراشدين ، واختبار "الكات" CAT المصمم للأطفال .

والأساس الذى تقوم عليه مثل هذه الاختبارات هو عرض بعض البطاقات التى تشمل مثيرات غامضة نسبياً (صور أو أشكال أو كلمات) تسمح بتأويلات وتفسيرات شتى ، وتستثير خيال الفرد ، ويطلب إليه أن يشرح أو يذكر ما يراه بالضبط فى كل بطاقة ، أو يؤلف عنه قصة ، أو يكمل قصة ناقصة . وعندما يبدى الفرد استجابته لهذه المثيرات يفترض أنه لا يستجيب اعتباطياً ، وإنما يخلع دوافعه وانفعالاته ، ويسقط إدراكاته وأفكاره ، ويعكس بعض جوانب شخصيته اللاشعورية على شخصيات القصة التى قام بتأليفها ، أو خلال تعليقه على المثير المعروض دون وعى منه .

١١- الإبدال " Substitution " او الإحلال :

يطلق على هذا الميكانزم أحياناً التحويل Transference أو النقل أو الإزاحة Displacement ، وهى حيلة لا شعورية أخرى تقوم بها الأنا استكمالاً لعملية الكبت ضد المواد الكريهة غير المقبولة التى تنذر وتهدد بالظهور إلى مستوى الشعور . فعندما يعاق إشباع الموضوع الأصلى للغريزة بسبب عدم ملاءمته اجتماعياً ، أو يصعب التعامل معه مباشرة نظراً لقوته أو خطورته ، فإن الأنا تستبدل ذلك الموضوع بموضوع آخر تُزاح أو تنقل إليه طاقة الموضوع الأصلى بحيث يجد الفرد متنفساً لهذه الطاقة فى الموضوع الجديد .

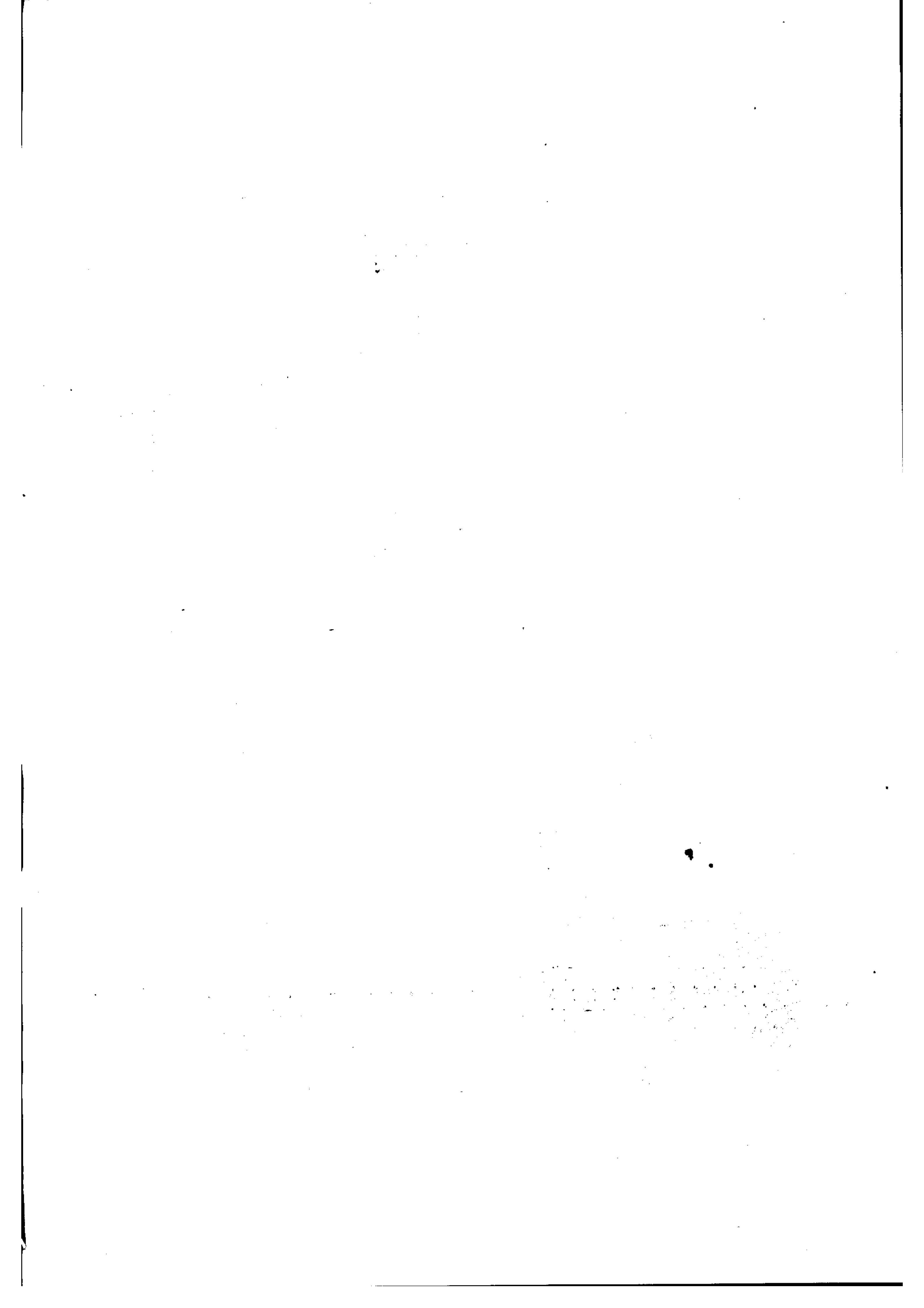
فمشاعر العداء التى ربما يُكنُّها طفل ما نحو أبيه وتشعره بالذنب فينكرها ويستبعدها أى يكبتها ، قد تَستَبدِل موضوعها الأصلى - وهو الأب - بموضوع آخر بديل شبيه به كالمدرس مثلاً فيتوجه نحوه بالكراهية . وقد يحوّل مدرس مشاعره العدائية التى يكنّها تجاه مديره أو مفتشه الذى لا يقدّره حق قدره ، إلى تلاميذه فينقم عليهم ويعاملهم بغلظة وجفاء . وربما يحوّل الموظف غضبه المكبوت نحو زوجته إلى كل من يتعامل معهم من موظفين وعملاء (جمهور) فى دائرة عمله فيبدو طوال الوقت متجهماً فظاً . ولعل مما ألفناه خلال سنى دراستنا الماضية أن بعض التلاميذ كانوا يكرهون مواد دراسية معينة ، ليس لأنها ثقيلة مستعصية الفهم ، وإنما لأنهم أساساً كانوا يكرهون معلميها ، ونتيجة لخوفهم من هذه المشاعر العدائية تجاه المعلم فقد كبتوها خوفاً منه ، لكنها تحولت وأصبحت سداً منيعاً بينهم والمادة التى يقوم بتدريسها هؤلاء المعلمون .

ويبدو ميكانزم الإبدال مسيطراً بدرجة كبيرة على سلوك بعض المرضى النفسيين كما فى حالات المخاوف المرضية ، حيث يستبدل انفعال الخوف الناتج أصلاً مما كبت فى اللاشعور ويتحول من موضوعه الأصلى إلى موضوعات أخرى خارجية قد تبدو بالنسبة للعاديين من الناس تافهة وغير مخيفة أصلاً . فالشخص الذى يقلقه الخوف من ظهور رغباته الجنسية المكبوتة ، أو يعانى شعوراً قوياً بالإثم والذنب نتيجة ممارسته الاستمناء الذاتى أو العادة السرية ، قد يبدل ذلك بالخوف الشديد المبالغ فيه من القذارة عموماً ، ويسرف فى غسل يديه بين الحين والحين دون مبرر موضوعى ظاهر .



ليوناردو دافنشى " الموناليزا "
١٥٠٣ - ١٥٠٥

افترض فرويد أن إعلاء الغرائز الجنسية المكبوتة والتسامى بها كانا وراء شغف دافنشى بالعلم والمعرفة مثلما كانا وراء إبداعاته الفنية . كما نظر كارل يونج إلى الفن على أنه خير تجسيد للمواد الأولية الموروثة كالأساطير والصور الخيالية التى تنحدر من الأسلاف ويتجدد ظهورها عبر الأجيال وتشكل اللاشعور الجمعى ، حيث يقوم الفنان بإسقاطها من خلال الرموز التى يستخدمها فى أعماله الفنية . وسواء تم تفسير الروائع الفنية على أساس الإعلاء كما هو الحال عند فرويد ، أو الإسقاط مثلما ذهب يونج أو التعويض وفقاً لوجهة نظر أدلر ، فإن هذه الميكانزمات جميعاً تعد دلائل على مجاهدة الفنان خلال نشاطه الفنى لصراعاته والعمل على فضها بطريقة إيجابية ، والتسامى بغرائزه ورغباته كى يصبح أكثر اجتماعية وأكثر صحة نفسية .



الباب الثالث

في محددات السلوك والشخصية

الفصل السابع: العوامل الوراثية

الفصل الثامن : العوامل البيئية



بابليو بيكاســـو " الجـورنيكا، ١٩٣٧

فى محددات السلوك والشخصية

تنمو الشخصية وتتشكل نتيجة عوامل متعددة منها ما هو تكوينى وراثى ومنها ما هو بيئى ، ومنها ما هو وراثى - بيئى . ولقد حفل تاريخ علم النفس باختلافات عميقة فى وجهات نظر الباحثين والعلماء حول مدى أهمية كل عامل من هذه العوامل ، فقد ذهب فريق منهم إلى تأكيد أهمية العوامل التكوينية الوراثية فى نمو الفرد وتشكيل سلوكه وملامح شخصيته دون غيرها من العوامل ، بينما ذهب الفريق الآخر إلى إنكار دور العوامل الوراثية وإبراز دور العوامل البيئية فى هذا الصدد .

كما حفل تراث علم النفس بعديد من الدراسات التجريبية الموضوعية على عينات من أفراد التوائم المتماثلة والمتشابهة ودرجات أخرى من القرابة ، من حيث الجوانب الجسمية والعقلية - كالذكاء والتحصيل الدراسى - والانفعالية - كالسمات المزاجية والاضطرابات النفسية والعقلية - والانحرافات السلوكية وغيرها ، حتى أمكن التوصل إلى ما يكاد يتفق عليه اليوم جمهور الباحثين والعلماء ، وهو أن سلوك الفرد وشخصيته بكافة أبعادهما يعدان نتاجاً لعوامل ثلاثة هى الوراثة ، والبيئة ، والتفاعل بين الوراثة والبيئة .

فالعوامل الوراثية كما تتحدد بما يأخذه الفرد من أبويه عن طريق الكروموزومات والچينات عند بداية الحمل ، هى التى ترسى الأساس البيولوچى للشخصية ، وتزودها ببعض الخصائص والصفات الجسمية التى لم يثبت حتى الآن أن العوامل البيئية يمكن أن تغيرها أو تعدّل فيها مثل بعض الخصائص الجسمية : كالهيئة العامة للبنية الجسمية وأبعاد الهيكل العظمى ونوع الجنس ، ولون البشرة والعينين والشعر ونوعه وفصيلة الدم . كما تزودها أيضاً بكافة الطاقات والاستعدادات الكامنة والقابلة للتفتح والنشاط والنمو والازدهار وذلك تبعاً لما تتيحه لها العوامل البيئية من فرص فيما بعد ، وعلينا ونحن فى معرض الحديث عن الصحة النفسية ألا نغفل أثر مثل هذه الخصائص الموروثة فى تشكيل مفهوم الفرد عن ذاته .

كما أن العوامل البيئية كما تتمثل فى العوامل الخارجية التى تحيط بالفرد ويستجيب لها أو يتفاعل معها سواء أكانت فيزيقية أم اجتماعية أم ثقافية تسهم بدورها فى إكساب الفرد مجموعة من الخصائص والصفات البيئية الخالصة التى لا تكاد تتأثر بالعوامل الوراثية : كالمعتقدات الدينية ، والقيم التى يعتنقها الفرد واتجاهاته نحو الموضوعات

المختلفة ، والعادات والأعراف والتقاليد الاجتماعية .

وقد يلاحظ أن تأثير العوامل البيئية يأخذ فى التزايد "كلما اتجهنا من الجوانب الجسمية إلى الجوانب العقلية ، ومن الجوانب العقلية إلى الجوانب الانفعالية والاجتماعية " (علاء كفافى ، ١٩٩٠ : ٩٥) .

ويمكن القول أنه باستثناء ما سبق ذكره من صفات وراثية خالصة أو بيئية كاملة فإن ما يتبقى من خصائص الشخصية بمختلف أبعادها يرجع فى معظمه إلى عوامل خاصة بالتفاعل بين كل من الوراثة والبيئة ، فقد سبقت الإشارة إلى أن الوراثة تزودنا بمجموعة من الاستعدادات الجسمية والعقلية المعرفية والدافعية والانفعالية ، وهذه الاستعدادات أو الطاقات لاتنمو بشكل آلى ولا تتطور بطريقة موحدة لدى جميع الأفراد ، حيث يختلف مقدار ما تمنحه لنا الوراثة فى كل منها ، كما أن نموها ونضجها واستثمارها يتوقف على ما يتاح لها من ظروف بيئية مواتية ، وفرص استثارة وتعلم ومران وتدريب ، وأنماط رعاية وتدعيم أو تعزيز من القائمين على تنشئة الطفل وتربيته . تلك الظروف البيئية إما تكون مشجعة لنمو هذه الاستعدادات والطاقات ودافعة لها بدرجة أو أخرى ، أو معوقة لها ومحبطة .

ومن أمثلة هذه الاستعدادات فى الجانب العقلى المعرفى المقدرة العقلية العامة (الذكاء) أو المقدرة على الإبداع . فالاستعداد الوراثى العالى فى كل منهما ربما يظل كامناً لدى صاحبه مالم يجد هذا الاستعداد بيئة غنية بالمثيرات والتنبيهات تتيح له فرص النماء والنضج .

كما أوضح الباحثون والعلماء أنه حتى بالنسبة لبعض الاضطرابات العقلية التى ثبت أن لها تاريخا طويلا فى بعض العائلات : كالفصام وذهان الهوس – الاكتئاب ، وذهان الشيخوخة ، ما يدلل على أن الوراثة تلعب دوراً هاماً فى الإصابة بها ، وأن الفرد لا يرث "أعراض المرض" وإنما " استعداداً مسبقاً أو تكويناً " يهيؤه للإصابة به ، وأن هذا الاستعداد أو ذلك التكوين يظل كامناً أو معطلاً حتى تتهيأ عوامل بيئية معينة أو ظروف غير ملائمة يتعرض فيها المرء لضغوط شديدة أو قاسية تعجّل بظهور المرض على هيئة أعراض أو مظاهر سلوكية .

ونعرض فيما يلى بشىء من التفصيل لأثر كل من الوراثة والبيئة والتفاعل فيما بينهما على شخصية الفرد وسلوكه .

الفصل الثاني
العوامل الوراثية

- **شذوذ الخصائص الوراثية وآثاره .**
  - الشذوذ الكروموزومى
  - الشذوذ الجينى (الطفرة الجينية)
- **اختلاف خصائص الدم .**
- **الوراثة والصحة النفسية .**
  - أولاً : الجهاز العصبى
    الخلية العصبية - النبضة العصبية - الواصلة العصبية
  - أقسام الجهاز العصبى المركزى
  - أقسام الجهاز العصبى الطرفى (غير المركزى)
  - أقسام الجهاز العصبى الإرادى (الجسمى)
  - أقسام الجهاز العصبى اللا إرادى (المستقل)
  - خلاصة
- **ثانياً : الغدد الصماء**
  - الغدة النخامية
  - الغدة الدرقية
  - الغدد جارات الدرقية
  - الغدة البنكرياسية
  - الغدد الجنسية
  - الغدتان الأدريناليتان
  - الغدة الصنوبرية
  - خلاصة

العوامل الوراثية Heredity

تتحدد العوامل الوراثية منذ اللحظة الأولى التى يتم فيها تخصيب البويضة الأنثوية بالحيوان المنوى أو اتحادهما معاً ، وتتوقف الخصائص الوراثية على ما يسمى بالچينات Genes باعتبارها حملة الصفات الوراثية من الوالدين إلى الجنين .

وتحتوى كل خلية من خلايا الإنسان على ٤٦ من الكروموزومات أو الصبغيات وهى عبارة عن أجسام خيطية متناهية الصغر ، نصفها يتلقاه الحيوان المنوى أو يرثه الفرد عن طريق الأب ، والنصف الآخر تتلقاه البويضة أو يرثه الفرد عن طريق الأم . وتنتظم هذه الكروموزومات الموروثة - بعد اختراق الحيوان المنوى لجدار البويضة الأنثوية واتحادهما معاً - فى ٢٣ زوجاً (كل زوج عبارة عن صبغية واحدة من الأب ، وأخرى من الأم) ويتعلق بكل كروموزوم منها ألف أو أكثر من الجزئيات الصغيرة التى تسمى بالچينات أو المورّثات يُظن أن كل واحدة منها مسئولة عن إحدى الخصائص الوراثية .

ويختلف كل چين عن الآخر ولكل منه وظيفة أو رسالة معينة ، فبعضها يكون له وظيفة عامة لدى جميع البشر بحيث تزودهم بالتكوينات والخصائص النوعية المميزة لأفراد النوع الإنسانى كالجلد ولبس الفراء ، والقشرة المخية الكبيرة التى تسمح بالتفاعل مع مقادير متنوعة ومعقدة وكبيرة من المعلومات ، والعمود الفقرى الذى يمكننا من المشى وقوفاً ، والرئتين بدلاً من الخياشيم . كما تختص بعض الچينات أو المورثات الأخرى بتوريث الفرد الخصائص التى تجعله متميزاً عن غيره من الأفراد ومن بينها لون جلده وعينيه وشعره وكثافته وفصيلة دمه .

وتتشكل تلك الچينات من مركب كيميائى معقد هو حمض نووى يعرف باسم"ديوكسيريبونيوكليك" Deoxyribonucleic Acid (DNA) ويحتوى على الشفرة أو المعلومات الوراثية التى تنتقل إلى جميع الخلايا النامية للجنين عن طريق حمض نووى آخر هو "الريبونيوكليك" Ribonucleic Acid يعمل كرسول متجول فى سيتوبلازم كل خلية فى جسم الكائن الحى لتوصيل المعلومات الوراثية ، وتوجيه نموه إلى طفل مكتمل

النمو . ويتحكم حمض (DNA) فى كيفية توجيه خلايا الجسم لإنتاج المواد الكيميائية المتمثلة فى البروتينات الخلوية المختلفة اللازمة للتشكيلات المختلفة من خلايا الجسم ، حيث تكوّن الدم ، ونسيج العضلات والعظام والأعضاء والأنسجة الجسدية الأخرى . ومن الأنواع الأخرى للبروتينات تلك الإنزيمات التى تتحكم فى التفاعلات البيوكيميائية داخل الجسم : كالحصول على الطاقة وتخزينها ، وتفتيت الطعام . (لازاروس ، ١٩٨١ ، دافيدوف ، ١٩٨٨) .

جدير بالذكر أن كل طفل يتلقى هذه الكروموزومات فى تجمع مختلف وعلى نحو فريد ومن ثم فإنه يستحيل أن يتشابه شخصان تماماً فى خصائصهما الوراثية حتى لو كانا شقيقين وذلك فيما عدا التوائم المتماثلة أو المتطابقة Identical (أحادية الزيجوت Monozygotic) أى تلك التى تنشأ أصلاً عن انقسام زيجوت واحد أو بويضة ملقحة واحدة إلى اثنتين أو أكثر تشكل أجنة يحمل كل منها جينات متماثلة ... لذا فهى تتلقى الصفات الوراثية ذاتها تماماً ، ويحدث عكس ذلك فى حالة التوائم المتآخية Fraternal Twins تلك التى تنشأ عن بويضتين أو أكثر لكل منها نمطها الوراثى الخاص ، ملقحتين بحيوانين منويين مختلفين وراثياً ، وتنمو كل منهما مستقلة لتشكل جنيناً مستقلاً مختلف وراثياً عن الآخر . وهذه الأجنة لا تكون متشابهة وراثياً إلا بقدر تشابه الإخوة والأخوات الذين يولدون على مدى عدة سنوات .

حدود الخصائص الوراثية وآثاره :

تتعدد الخصائص والوظائف النوعية التى يرثها الفرد عن طريق الجينات ، كنوع جنسه وخصائص دمه ، ودرجة نموه إلى طول ووزن معين ، ولون بشرته وعينيه وشعره ، واستعداده من حيث الذكاء والحساسية الانفعالية العامة ، ومعدل نشاط غدده ، وبعض التشوهات والعيوب الخلقية ، ونمو الأعضاء الداخلية ، والقشرة المخية التى تسمح بالتفاعل مع مقادير كبيرة من المعلومات ، كما تزودنا العوامل الوراثية بعديد من الأبنية أو التكوينات الجسمية والعصبية والفسيولوجية التى تهيؤنا للاستثارة والاستجابة للمنبهات البيئية من حولنا ، وتمكننا من النمو فى البيئات المختلفة .

على سبيل المثال ، ولكى نعرف كيف يتحدد نوع الجنس بفعل العوامل الوراثية ،

فإنه يظهر نوعان من الكروموزومات فى الزوج الثالث والعشرين لدى الإنسان ، أحدهما على شكل " X " والآخر على شكل " Y " ، وهما اللذان يحددان جنس المولود . فإذا كان الزوج ٢٣ على شكل " X X " كان المولود أنثى ، أما إذا كان على شكل " X Y " كان المولود ذكراً . ويرجع الأصل فى تحديد نوع جنس المولود إلى الأب وليس الأم ، ذلك أن البويضة الأنثوية تشتمل دائماً على كروموزومات على شكل " X " ، أما الحيوانات المنوية فنصفها يحتوى على كروموزوم واحد على شكل " X " بينما نصفها الآخر يحتوى على كروموزوم واحد على شكل " Y " ، ومن ثم يتضح أنه إذا تم تخصيب البويضة الأنثوية بحيوان منوى من النوع " X " يكون المولود أنثى " X X " ، بينما إذا تم تلقيح هذه البويضة بحيوان منوى يحتوى على كروموزوم من النوع "Y" يكون المولود ذكراً "X Y" (أنظر شكل ١١) .

١ ٢ ٣
٤ ٥ ٦
٧ ٨ ٩
١٠ ١١ ١٢
١٣ ١٤ ١٥
١٦ ١٧ ١٨
١٩ ٢٠ ٢١ ٢٢ XX XY
٢٣
أنثى أو ذكر

شكل (١١) جنس المولود كما يتحدد بالزوج الثالث والعشرين من الكروموزومات حيث يكون المولود أنثى إذا كان " X X " أو ذكر إذا كان " X Y "

ومعلوم أن الخلايا تنقسم إلى نوعين أحدهما الانقسام الميوزى Meiosis بالنسبة للخلايا التناسلية أو الجرثومية (الحيوان المنوى عند الذكر ، والبويضة عند الأنثى) حيث تنقسم كل خلية جرثومية إلى نصفين بكل منهما ٢٣ كروموزوماً ، أما النوع الآخر فهو الانقسام الميتوزى Mitosis للخلايا الجسمية ويبدأ بانقسام الزيجوت (النطفة أو الخلية الأولى) الناتجة عن اتحاد الحيوان المنوى الذكرى Sperm والبويضة الأنثوية Ovum (٤٦ كروموزوم) إلى خليتين جديدتين متطابقتين عبارة عن صورة طبق الأصل من الخلية الأولى بكل منهما ٤٦ كروموزوماً ، وهكذا تتكرر عملية انقسام الخلايا تبعاً لمتوالية عددية ٢-٤-٦-٨-١٦ حتى تصل إلى ملايين الخلايا ، وخلال ذلك تتمايز فى مجموعات لتشكيل الأجزاء المختلفة لجسم الإنسان كالخلايا العظمية والخلايا العضلية والخلايا العصبية ... وغيرها .

ويتمثل الشذوذ فى الخصائص الوراثية فى نوعين هما الخلل أو الشذوذ العام فى الكروموزومات ، وشذوذ الجينات أو الطفرة الجينية ، ويسبب كل منهما اختلالات فى الوظائف البنائية البيوكيميائية للجسم يترتب عليها إما وفاة الجنين ، أو ظهور بعض الآثار الضارة على نموه الجسمى والحاسى والعقلى بعد الميلاد ، وقد تستمر هذه الآثار ملازمة له طوال حياته .

١- الشذوذ الكروموزومى : Chromosomes Abnormalities

يؤدى الشذوذ الكروموزومى أو الخطأ فى التمثيل النسبى للكروموزومات داخل الخلية سواء بزيادة واحد منها عن العدد الطبيعى أم نقصانه أم غياب جزء منه ، أو بانتقال كروموزوم أو جزء منه إلى واحد آخر غير مناظر له ، إلى اضطرابات بيوكيميائية من شأنها أن تتلف خلايا الدماغ وتضر بالجهاز العصبى ، ومن بين العيوب والأعراض الناجمة عن ذلك ما يلى :

أ - حالات المغولية : Mongolism أو عرض داون Down's Syndrome وتنسب هذه الحالات إلى مكتشفها الطبيب الانجليزى لانجدون داون ، وتعزى إلى انقسام فى أحد الكروموزومات ينتج عنه كروموزوم زائد يتعلق بأحد الأزواج (غالباً ما يكون الزوج ٢١) ومن ثم يصبح العدد الكلى للكروموزومات ٤٧ كروموزوماً فى الخلية الواحدة .

وقد تبين أن نسبة الإصابة بالمغولية تزداد طردياً بزيادة العمر الزمني للأم لا سيما بعد سن الأربعين حيث يقل معدل كفاءة الجهاز التناسلي للأنثى . وقد أمكن اكتشاف أنماط أخرى من هذه الحالات غير عرض داون ثلاثى ٢١ الذى يمثل ٩٥٪ من الحالات ، منها النمط الفسيفسائى الذى ينتج عن الخلل فى بعض خلايا الجسم وليس كل الخلايا ، والنمط الانتقالى الذى ينجم عن التحام جزء من أحد الكروموزومات بالزوج ٢١ .

وغالباً ما تعانى هذه الحالات من التخلف العقلى الشديد والمتوسط ، وعيوب مزمنة فى العينين والقلب والتآزر الحركى والنمو الجسمى والجنسى .

ب- حالات صغر الجمجمة : Microcephaly وتحدث نتيجة زيادة عدد أحد الكروموزومات أرقام ١٣ و ١٤ و ١٥ فيصبح ثلاثياً بدلاً من أن يكون ثنائياً ، مما يؤدى إلى الضمور فى حجم الدماغ بدرجة أكبر من ضمور تفاصيل الوجه ، فيأخذ الرأس شكلاً مخروطياً كما تبدو الأذنان بحجم كبير ، وتعانى هذه الحالات من التخلف العقلى وتشوهات القلب ، وغالباً ما يموتون فى سن مبكرة .

جـ- عرض تيرنر : Turner's Syndrome وينجم عن غياب أحد كروموزومى الجنس ومن ثم يكون زوج الكروموزوم الثالث والعشرين فردياً (X O) بدلاً من أن يكون زوجياً (X X) ويصيب هذا المرض الإناث فقط بنسبة ١ : ٥٠٠ ، ومن أعراضه قصر القامة والرقبة والأصابع وتأخر ظهور الخصائص الأنثوية وانخفاض نسبة الذكاء ولكن ليس إلى مستوى التخلف العقلى . (كمال ابراهيم مرسى ، ١٩٩٦ : ١٢٩-١٣٠) .

ويشتمل الجدول (١) على الأعراض الناجمة عن الشذوذ الكروموزومى .

٢- الشذوذ الجينى :

أما النوع الثانى من الشذوذ فى الخصائص الوراثية فهو شذوذ الچينات أو الطفرة الچينية Mutagenesis ويؤدى بدوره إلى صور وأنماط مرضية مختلفة . فبعض الچينات الطفرية تؤدى إلى أمراض شديدة تسبب التخلف العقلى لما يترتب عليها من خلل فى نظام

جدول (١) الأعراض المرتبطة بخلل كروموسومات الخلية
(عن : كمال ابراهيم مرسى ، ١٩٩٦ : ١٢٤)

رقم الكروموسوم الذى به التغير فى العدد	عدد الكروموسوم فى الخلية	الاسم الشائع للمرض	احتمالات ظهوره فى الولادات الحية	مسئولية كل من الأب والأم فى حدوثه .	أهم الأعراض
٢١	٤٧	ثلاثى ٢١ أو عرض داون	١ : ١٠٠٠	- فشل الانفصال فى الطور الأول فى الانقسام الميوزى عند الأم .	- التخلف العقلى التى كانت تعرف بالمنغولى .
١٨	٤٧	ثلاثى ١٨ أو عرض إدوارد	١ : ١١٠٠٠	- يحتمل أن يكون فشل الانفصال فى الانقسام الميوزى عند الأم .	- التخلف العقلى والتأخر الشديد فى النمو الجسمى .
١٣	٤٧	ثلاثى ١٣ أو عرض باتير Patau	١ : ١٥٠٠٠	- يحتمل أن يكون من الأم كالعرض السابق .	- التخلف العقلى وخلوة فى نمو الدماغ .
(XO) X	٤٥	نقص كروموسوم (X) أو عرض تيرنر	١ : ٦٠٠٠	- ٢٢٪ يرجع إلى الأم و ٧٨٪ إلى الأب وناتج عن فشل الانفصال فى الانقسام الميوزى	- قصر القامة وعدم ظهور علامات البلوغ الجنسى ويصيب الإناث فقط .
(XXX) X	٤٧	ثلاثى (XXX)	١ : ٢٠٠٠	- يحتمل أن يكون بسبب فشل الانفصال فى الانقسام الميوزى عند الأم .	- لا تظهر عليه أعراض مرضية ولكن ربما يعانى من تخلف عقلى ، وعدم ظهور علامات البلوغ ، ويصيب الإناث فقط .
(XXY)Y	٤٧	عرض كلاينفلتر	١ : ٢٠٠٠	- ٦١٪ يرجع إلى الأم و ٣٩٪ يرجع إلى الأب ، وناتج عن فشل الانفصال فى الانقسام الميوزى .	- زيادة فى الطول ، والعقم واضطرابات فى السلوك .
(XXY) Y	٤٧	عرض (XYY)	١ : ٢٠٠٠	- يرجع إلى فشل الانفصال فى الطور الثانى فى الانقسام الميوزى عند الأب	- زيادة كبيرة فى الطول ، واضطراب فى السلوك .

التمثيل الغذائى لبعض المواد فى خلايا الجسم Metabolism : كالبروتينات والدهون والكربوهيدرات ، ومن بين هذه الصور المرضية ما يلى :

أ - حالة البول الفينيلكتونى : Phenylketonuria (PKU) وتعرف أحياناً باسم مرض فولنج Folling' s disease نسبة إلى مكتشف المرض أوزيوجرن فولنج سنة ١٩٣٤ ، وينتج عن جينات متنحية (غالباً ما يكون زوج واحد منها أحدهما من الأب والآخر من الأم) تؤدى إلى خلل فى عملية التمثيل الغذائى للبروتينات حيث تضعف مقدرة الجسم على تحويل حمض "الفينيل ألانين" Phenylalanine إلى حمض " التيروسين" Tyrosine بحيث يمكن أن يفيد منه الجسم ، وذلك بسبب نقص الإنزيم اللازم لذلك فى الكبد ، وهو ما يؤدى إلى زيادة نسبة تركيز " الفنيل ألانين" فى الدم ، وترسيب حمض "الفينيل بيروفيك" السام فى الدم والبول ، ومهاجمته خلايا الجهاز العصبى المركزى فيعوق النمو الطبيعى لوظائف المخ ، ويسبب التخلف العقلى .

ويمكن تحليل دم الأطفال حديثى الولادة لتحديد نسبة هذا الحامض فى الدم مبكراً ، بحيث تقدم له وجبات غذائية خالية من هذه المادة إذا كانت نسبتها عالية مما يؤدى إلى تحسن حالته . وإذا ما تأخر اكتشافها إلى سن الثانية أو الثالثة فإنه يصعب السيطرة على آثارها السلبية .

ب- حالة " الجلاكتوسيميا ": Glactozemia وهو مرض وراثى ناتج عن جينات متنحية تؤدى إلى صعوبة تمثيل الجلاكتوز (سكر اللبن) فى الدورة الدموية بسبب نقص الإنزيم اللازم لتحويله إلى سكر جلوكوز Glocose مما ينتج عنه زيادة نسبة تركيز الجلاكتوز فى دم الطفل وأنسجة جسمه ، ويؤدى بدوره إلى تلف خلايا الدماغ والجهاز العصبى ، وإصابة الطفل بالتخلف العقلى وأمراض الكبد وعتمة عدسة العين . وقد تتحول هذه الحالة إلى " هيبوجيليسميا " Hypoglycema (نقصان السكر فى الدم) وهى حالة وراثية أخرى من خلل التمثيل الغذائى للمواد الكربوهيدراتية يمكن أن تترتب على أمراض الكبد واضطرابات البنكرياس .

جـ - مرض " تاى - ساك ": Tay - Saks ويطلق عليه المرض المميت لأنه غالبا ما يؤدى إلى موت الطفل قبل بلوغه سن الثالثة ، وينشأ نتيجة لأسباب وراثية تؤدى إلى خلل

فى تمثيل المواد الغذائية الدهنية مما يؤدى إلى تجمع مادة " جانجليوسيدس " -Gangli osides فى الخلايا العصبية فتتلف أنسجة الجهاز العصبى وتدمر خلايا المخ ، وتسبب العمى والصرع والتخلف العقلى الشديد .

اختلاف خصائص الدم :

عامل الريزوس Rhesus Factor :

يطلق عليه أحياناً العامل النسناسى نسبة إلى سلالة القرود التى تم اكتشاف هذا العامل فيها ، ويحدد هذا العامل مدى التوافق والانسجام بين دم الأم ودم الجنين أثناء فترة الحمل . ويعد عنصر (Rh) من العناصر الأساسية فى تكوين كرات الدم الحمراء ، ويوجد هذا العنصر فى الدم على صورتين إما موجبة - وهى صورة سائدة - وإما سالبة - وهى صورة متنحية - وتحمل فصيلة دم الغالبية العظمى من الناس الصورة الموجبة (Rh.F.+) بينما تحمل أقلية منهم الصورة السالبة (Rh.F.-) . هذا يعنى أن الصورة الموجبة إذا ما وجدت عند أحد الوالدين فإنها تسود وتحجب الصورة السالبةعند الوالد الآخر ، ومن ثم إذا كان عامل(Rh) واحداً عند الوالدين فلن يترتب على ذلك أى ضرر بالنسبة للجنين ، وحتى إذا ما كان هذا العامل سلبياً عند الأب وموجباً عند الأم لأن الجنين فى هذه الحالة سيرث الصورة الموجبة من الأم وفى الحالتين يكون دمه متوافقاً مع دمها .

بيد أن المشكلة تنشأ إذا ما كانت صورة الدم عند الأم سالبة (Rh.F.-) وهى متزوجة من أب تحمل فصيلة دمه صورة موجبة (Rh.F.+) لأن الجنين فى هذه الحالة سيرث عن أبيه الصورة الموجبة وتختلف طبيعة دمه عن طبيعة دم الأم ، ويأخذ حينئذ دم الأم فى تكوين أجسام مضادة لدم الطفل قد يتسرب بعضها لدم الجنين عن طريق الحبل السرى فتهاجم كرات الدم الحمراء عنده وتدمرها أو تنهكها ، وتزداد نسبة الصفراء فى الدم مما يؤثر سلبياً على خلايا المخ ووظائفه ، وإذا ما بلغ تركيز هذه الأجسام المضادة فى الدم مستوى عالياً ووصل إلى مخ الجنين فإنها تؤدى إلى إصابته بمرض "كيرنكتيريس Kernicterus " الذى يسبب التخلف العقلى والشلل السحائى والعمى ، وقد يصل الأمر إلى وفاة الجنين داخل الرحم .

وقد تيسرت فى السنوات الأخيرة إمكانية التكهن بحالة هذا العامل والكشف المبكر عنه من خلال فحص دم الراغبين فى الزواج ، وفحص دم الأم أثناء الحمل ، ودم الطفل بعد ولادته مباشرة ، واتخاذ الإجراءات الوقائية والعلاجية المبكرة اللازمة .

الوراثة والصحة النفسية :

وقفنا فيما سبق على كيف تعمل الوراثة وتؤثر فى بعض الخصائص الجسمية والاستعدادات العقلية ، وأوضحنا ماذا يترتب على الخلل فى العوامل الوراثية من تأثيرات سلبية فى بعض جوانب الشخصية . كما أسلفنا القول بأن الوراثة تزودنا بعديد من التكوينات الفسيولوجية والعصبية وغيرها مما يهيئنا للاستثارة والاستجابة للمنبهات الداخلية والمثيرات الخارجية والتفاعل معها على نحو ما ، وبدرجات متفاوتة من حيث مدى الاهتمام ومعدل القوة والسرعة .

ولهذه التكوينات والأجهزة تأثيراتها البالغة على سلوك الفرد ودوافعه ، ونشاطاته ونموه ، وتوافقه وحالته الانفعالية العامة ، ومقدراته العقلية ، وذلك تبعاً لمدى الكفاءة الوظيفية لتلك الأجهزة . فسوء الأداء الوظيفى لها سواء أكان ناجما عن خلل أم تلف أم إصابة يرتبط فى حالات كثيرة بالاضطرابات السلوكية والنفسية والعقلية ، ومن ثم لا يمكننا إغفال دورها فى تشكيل السلوك بصورتيه العادية التوافقية ، والمضطربة أو اللاتوافقية .

وقد عززت نتائج بعض الدراسات التى أجريت على التوائم والأقارب الرأى القائل بأن العوامل الوراثية هى أحد الأسباب المهيئة للإصابة ببعض الأمراض العقلية ، فقد توصل فرانز كولمان (Kallman, 1953) فى دراسته على عينة من نزلاء المستشفيات العقلية وإخوانهم (توائم متطابقة ومتآخية وإخوة أشقاء وغير أشقاء) إلى أن معدل الاتفاق * سواء لدى من أصيبوا بالفصام أم ذهان الهوس - الاكتئاب بالنسبة للتوائم المتماثلة أعلى بكثير من نظيره لدى التوائم المتآخية ، كما جاء المعدل بالنسبة للتوائم المتآخية أعلى منه لدى الإخوة غير الأشقاء ، مما يعنى أن معدل الإصابة يزيد كلما ازداد التشابه الوراثى بين الأفراد .

* النسبة المئوية لعدد مرات حدوث المرض نفسه لدى الأخ .

وينقل فرج عبد القادر طه (١٩٩٤:٢٣٤) عن جوتزمان وشيلدز قولهما بأن العوامل الوراثية مسئولة إلى حد كبير عن البنية الخاصة لمعظم الفصاميين ، فالتوأم المتطابق للفصامى يحتمل أن يكون فصامياً بما يعادل على أقل تقدير ٤٢ مثلاً للشخص من المجتمع العام ، أما التوأم المتآخى من نوع الجنس نفسه فلديه الاحتمال ذاته بما يعادل تسعة أمثال .كما أشارت نتائج بعض البحوث إلى أن جنون الهوس – الاكتئاب يحدث بنسبة أكبر لدى النساء منه لدى الرجال .

ولكى نتبين دور العوامل الوراثية بوضوح أكثر ، نعرض فيما يلى لجهازين من أهم تلك الأجهزة التى تزودنا بها الوراثة وهما الجهاز العصبى ، والغدد الصماء .

أولاً : الجهاز العصبى : Nervous System

يعد الجهاز العصبى أكثر أجهزة الجسم تعقيداً و خطورة أو أهمية ، فهو الجهاز المهيمن على سائر الأجهزة الأخرى ، والمسئول عن تفاعل الفرد مع بيئته الخارجية والداخلية حيث ينظم أجهزة جمع المعلومات التى ترد إلينا عبر الحواس والمستقبلات الحاسية Sensory Receptors ويقوم على تفسير مدخلاتها المختلفة ، وتحديد استجاباتنا إزاءها وهو الذى يحقق الربط والتكامل بين تلك المدخلات وهذه الاستجابات لضمان وحدة السلوك الإنسانى وسيره فى وجهة واحدة فى ذات الوقت . وهو الجهاز المسئول عن ضبط العمليات الإرادية وغير الإرادية التى نقوم بها ، وعن توجيه جميع الوظائف الحيوية ، وتدبير الطاقة اللازمة للفرد وتوزيعها فى الظروف العادية وغير العادية .

جدير بالإشارة أن الجهاز العصبى لا ينشط فقط سوى بإثارة الحواس ، فهو يعمل طالما كنا على قيد الحياة ، فالإنسان يستخدم اللغة ويتذكر ويفكر ويحل المشكلات ويبدع ، وليس من الضرورى أن تبدأ مثل هذه العمليات بإثارة حاسية ، ومع ذلك فإن المخ يعمل ، وحتى خلال ساعات نومنا فإنه يسهم بدور كبير فى تنظيم البيئة الداخلية . (دانيدوف ، ١٩٨٨ : ١٤٦)

مكونات الجهاز العصبى :

يتكون الجهاز العصبى من أقسام وأجزاء متعددة غاية فى التعقيد لكل منها طبيعته

البنائية أو التشريحية ، ووظائفة التى يقوم بها على نحو متكامل مع بقية الأجزاء . ولسنا هنا فى موضع الشرح التفصيلى لتلك الأجزاء وكيفية عملها حيث يمكن للراغبين فى الاستزادة المعرفية فى هذا الشأن الرجوع إلى كتب علم النفس الفسيولوجى ، وإنما بحسبنا طرح بعض المعلومات الأساسية التى تعيننا على فهم وظائف هذا الجهاز عامة ، ودوره فى تشكيل سلوك الفرد ، وتأثيره على وظائفه المختلفة ومن ثم شخصيته وصحته النفسية .

يتكون الجهاز العصبى إجمالياً من جهازين فرعيين هما : الجهاز العصبى المركزى ، والجهاز العصبى غير المركزى (الطرفى أو المحيطى) ، كما يتكون الجهاز العصبى المركزى من النخاع (الحبل) الشوكى ، والمخ ويتكون المخ بدوره من المخ الأمامى والمخ الأوسط وجذع المخ (المخ الخلفى) .

أما الجهاز العصبى الطرفى فهو يشتمل على جهازين فرعيين أحدهما الجهاز العصبى الإرادى (الجسمى) ، والجهاز العصبى اللاإرادى (المستقل) الذى ينقسم بدوره إلى جهازين هما : الجهاز العصبى السمبثاوى ، والجهاز العصبى الباراسمبثاوى .

وقبل أن نعرض بإيجاز لهذه الأقسام نتناول بعض المفاهيم والعناصر التى تساعدنا على استبيان كيفية عمل ذلك الجهاز :

الخلية العصبية (النيرون) : Neuron

يولد الانسان مزوداً ببلايين من الخلايا العصبية المختلفة من حيث الحجم والوظيفة والنوع ، وتبقى هذه الخلايا فى الجسم دون زيادة ، وإذا ما تعرضت إحداها للتلف فإنه لا يمكن تعويضها حيث لا تنمو مرة أخرى ، وتعد الخلية العصبية الوحدة الوظيفية الأساسية للجهاز العصبى فهى متخصصة فى نقل وتوصيل المعلومات من خلال ما يطلق عليه بالنبضات أو السيّالات العصبية Nervous Impulse إما من الجهاز العصبى المركزى إلى بقية الأعضاء أو منها إليه ، وكذلك تجميع هذه المعلومات وتخزينها .

ويمكن تصنيف أنواع الخلايا العصبية إلى ما يلى :

أ - خلايا موردّة Afferent Neurons وتسمى أيضاً بالنيورونات الحاسية Sensory

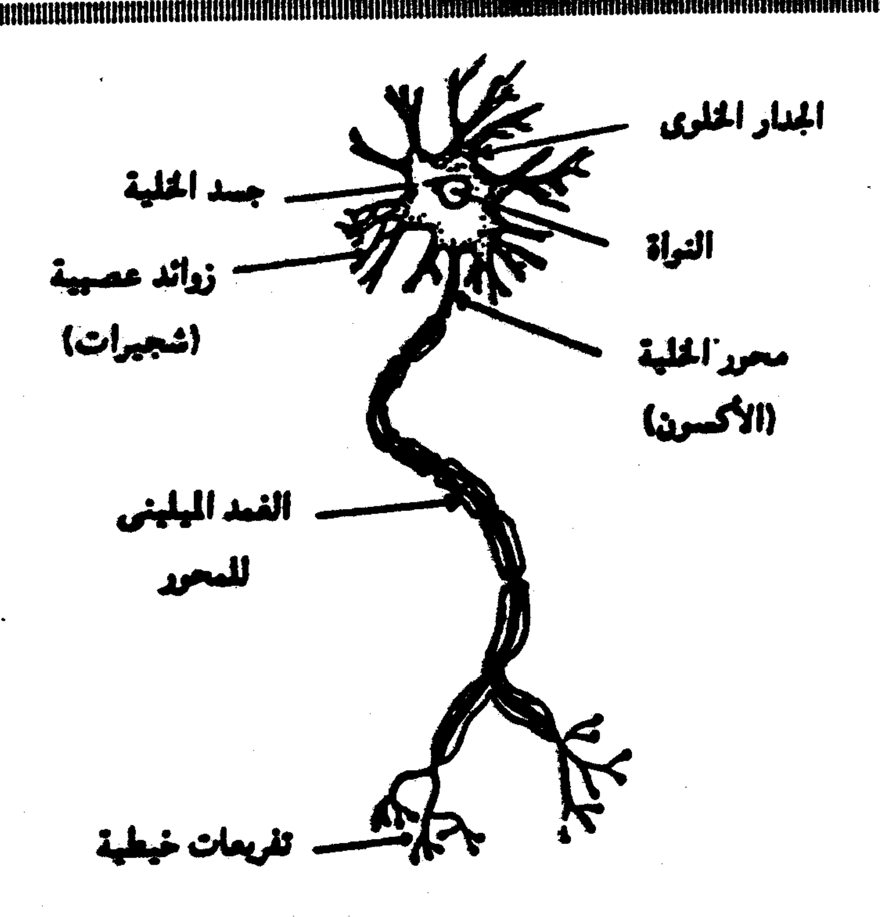
وهى توجد على أعضاء الحس ، ومن وظائفها نقل الرسائل الحاسية من هذه الأعضاء إلى الجهاز العصبى المركزى .

ب - خلايا مصدّرة Efferent Neurons وتسمى أيضاً بالنيورونات الحركية Motor ، ووظيفتها نقل الأوامر الصادرة من الجهاز العصبى المركزى إلى العضلات والغدد والأطراف حيث تنتهى محاورها فى هذه المواضع .

جـ - خلايا رابطة Connecting Neurons وتعمل كوسائط بين الخلايا لتنشيط عملية الاستثارة بين نهايات محاور الخلايا لتسهيل مرور الرسائل أو التيارات العصبية .

وتتكون الخلية العصبية (شكل ١٢) من جسم الخلية وهو جزء شبه مستدير يحوطه غشاء بلازمى يحتوى على النواة ، ويخرج من جسم الخلية عدد متفاوت من الزوائد العصبية القصيرة Dendrites أو الشجيرات وتعمل كمستقبلات للنيرون حيث تنتشر من حوله لتجمع المعلومات أو تلك النبضات العصبية التى تصدرها الخلايا العصبية الأخرى المجاورة وتنقلها للنيرون ، ولكل خلية عصبية محور Axon ليفى ينقل هذه النبضات من الخلية ذاتها إلى غيرها ، وهو ذو شكل اسطوانى رفيع ، قد يبلغ طوله ملليمترات معدودة مثل المحاور التي توجد فى المخ ، وربما عدة أقدام كما فى المحاور التى تمتد من الحبل الشوكى إلى أصابع القدمين .

ويحمى هذا المحور دثار أو غطاء يسمى بالغمد الميلينى Myelin Sheath ويعمل هذا الغطاء كمادة عازلة لمحاور الخلايا المكونة لعصب ما عن غيره من المحاور بحيث يسير السيّال العصبى في اتجاه واحد ، كما يزيد هذا الغطاء فى الوقت ذاته من كفاءة المحور فى نقل التيارات أو السيّالات العصبية ، فكلما زاد سمكه زادت سرعة توصيل الرسائل العصبية . وينتهى كل محور بمجموعة من التفريعات الخيطية التى يكون فى آخر كل منها انتفاخ دقيق .



شكل (١٢) الخلية العصبية (النيرون)

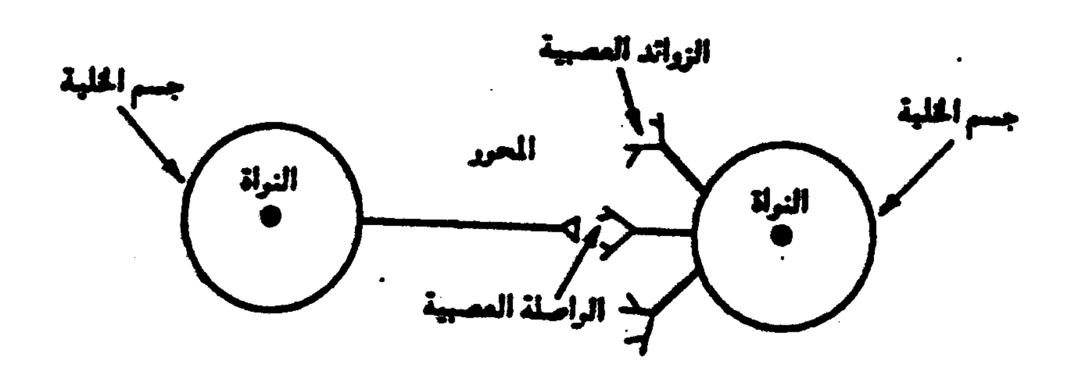
النبضة العصبية : Nervous Impulse

عندما تحدث استثارة ما بدرجة كافية لأحد أعضاء الحس فإنها تنتقل على هيئة شحنة عصبية أو دفقة كهربائية من طرف محور كل خلية عصبية إلى طرفها الآخر ، ثم تعبر هذه الشحنة الواصلات العصبية إلى محاور سلسلة الخلايا العصبية المجاورة لها حتى تصل إلى المركز المختص بها فى الجهاز العصبى . ويطلق على هذه الشحنات أو الدفقات النبضات أو السيّالات العصبية ، ويصحبها تغيرات كيميائية وكهربائية فى أغشية الخلايا ومن حولها تسمح بتدفق هذه النبضات فى محاور الخلايا العصبية التالية لها .

الواصلة العصبية : Synaps

يطلق عليها أحيانا المشتبك العصبى ، وهى عبارة عن فراغ ضئيل أو مسافة صغيرة

تماما تتداخل فيها أطراف محور الخلية وشجيرات الخلية التالية لها دون أن يتلامسا أو يلتحما . وقد سبقت الإشارة إلى أنه عند وصول الخلية العصبية إلى مستوى معين من الاستثارة فإن محورها يصدر رسالة أو نبضة عصبية تصل إلى نهايته ثم تعبر هذه المسافة وتنتقل إلى شجيرات الخلية المجاورة ثم إلى سلسلة الخلايا المتتابعة وهكذا حتى تصل إلى منتهاها إما فى المخ أو فى أحد الأعضاء بحسب وجهتها . ويقال إن النبضة العصبية ذاتها لا تعبر الواصلة وإنما عندما تصل إلى نهايات محور الخلية تتسبب فى إفراز مادة كيميائية تعرف بالمادة العصبية الناقلة أو المرسلات العصبية Transmitter Substance فى تلك الفراغات التى بين نهايات محاور الخلايا ، مما يستثير شجيرات الخلية التالية خلال فترة زمنية معينة لإطلاق نبضتها العصبية أو تلقى تلك الرسالة الواردة من نهايات محور الخلية المجاورة . وهذه المرسلات العصبية إما أن تكون مرسلات استثارة Excitotatory Transmitters تثير الخلايا المجاورة لإطلاق النبضة العصبية ، أو مرسلات كافة Inhibitory Transmitters تمنعها من ذلك .



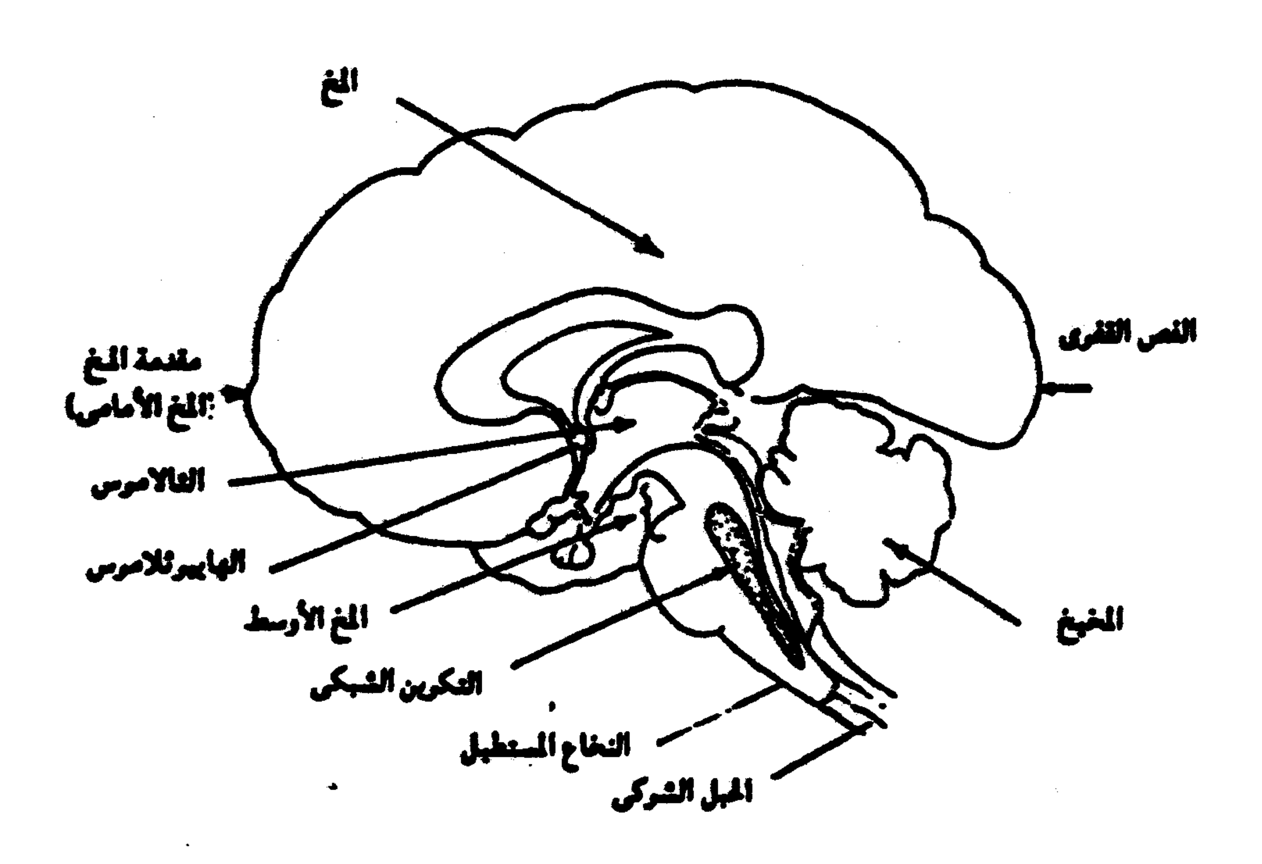
شكل (١٣) تخطيط للتوصيل الكهربى عبر الواصلة العصبية
بين المحاور والزوائد العصبية (الشجيرات)

أقسام الجهاز العصبى المركزى : Central Nervous System (CNS)

أولاً : الحبل أو النخاع الشوكى : The Spinal cord

يمتد الحبل الشوكى عبر القناة الفقرية بداخل سلسلة العمود الفقرى التى تبدأ بالفقرة العنقيـة الأولى (أسفل قاعدة الدماغ) وتنتهـى بالفقرة العصعصية الأخيرة (أسفل

الظهر) ، ويشتمل على مجموعة من الممرات الصاعدة والهابطة من الأعصاب الشوكية التى تختص بنقل الرسائل أو التنبيهات الحاسية أو السيّالات العصبية الواردة من أعضاء الجسم وأطرافه وتصعيدها إلى المراكز اللحائية المتخصصة بالدماغ ، و بتوصيل السيّالات العصبية أو الأوامر الصادرة من الدماغ إلى أعضاء الجسم : كالعضلات والغدد ، وأطرافه المختلفة . ومن وظائفه أيضاً أنه المسئول عما يسمى بردود الأفعال المنعكسة Reflexes التى تتم مباشرة عن طريقه دون الحاجة إلى أن تصل الإثارة إلى المراكز العليا فى الجهاز العصبى المركزى ، كسحب اليد تلقائيا ودون تفكير بعيدا عن مصدر الحرارة أو وخز دبوس وهو ما يسهم فى وقاية الإنسان من مخاطر مفاجئة .



شكل (١٤) تخطيط عام للجهاز العصبى المركزى

ثانياً : الدماغ : Brain

يقصد به النسيج العصبى الموجود داخل الجمجمة ، ويبلغ وزنه فى المتوسط كيلو جراما

وثلث . وهو يشتمل على ثلاثة أقسام هى : جذع المخ أو المخ الخلفى ، والمخ الأوسط ، ومقدمة المخ أو المخ الأمامى .

ا - جذع المخ (المخ الخلفى) : Brain Stem (Hindbrain) ويشمل بدوره على كل من :

أ- النخاع المستطيل : Medula Oblongata

وهو أول أجزاء الدماغ والتالى على الحبل الشوكى رقياً ، ويمتد من نهاية الحبل الشوكى حتى الجزء السفلى من قناة فارول ، ويبلغ طوله حوالى ثلاثة سنتيمترات ، ويشرف على بعض العمليات الجسمية والحيوية كتنظيم إيقاع التنفس وضربات القلب وعمليات البلع وإسالة اللعاب والهضم والتذوق ، كما يعمل كمعبر للمسارات الحاسية والمسارات الحركية الواردة عبر الحبل الشوكى إلى مناطق المخ .

ب- قنطرة فارول : Pons Varoli

وهى الجزء التالى على النخاع المستطيل حيث تقع فوقه مباشرة ، ويبلغ طولها ثلاثة سنتيمترات أيضاً ، وتربط قناة فارول الحبل الشوكى بالمخ كما تصل أجزاء المخ ببعضها . ويوجد بها نوى أزواج بعض الأعصاب الدماغية التى من بينها العصب الخامس (ثلاثى التوائم) الخاص بنقل إحساسات عضلات العين وجلد الوجه والأنف والفم وتوصيل تنبيهات البلع والمضغ ، والعصب السابع (الوجهى) الخاص بضبط تعبيرات الوجه ، ونقل إحساسات التذوق من الثلثين الأماميين للسان ، والعصب الثامن - الدهليزى خاصة - القائم على تنظيم الإحساس باتزان الجسم .

جـ- المخيخ : Cerebellum

يقع المخيخ خلف قناة فارول حيث يوجد التجويف القفوى ، ويعمل كمركز تآزر للاستجابات الحركية الانعكاسية حيث يتلقى آلاف الرسائل عبر المستقبلات من الحواس والأوتار والعضلات والمفاصل ، ويساعد الجسم فى الاستجابة الانعكاسية السريعة لها . ويترتب على تلفه كلياً أو جزئياً اضطراباً حركياً يتمثل فى فقدان الفرد التوتر العضلى ، واضطراب الحركات العضلية الإرادية - سواء من حيث سرعتها أم قوتها أم اتجاهها - وتدنى المقدرة على الاحتفاظ بحالة التوازن ، ومن أمثلة ذلك

الاهتزاز والرعشة التى تبدو فى حركات كبار السن ربما بسبب تلف بعض أجزاء المخيخ .

٢- المخ الأوسط : Midbrain

يقع المخ الأوسط بين المخ الخلفى والمخ الأمامى ، حيث يعلو قنطرة فارول ويمتد إلى الأجزاء السفلى من الثلاموس ، ويعمل كحلقة وصل بين الحبل الشوكى والمخ .

ويحتوى سقفه على أربعة نتوءات يعمل اثنان منهما كمركز لأرجاع المثيرات البصرية (حركات العين والرأس) والآخران كمركز لإرجاع المثيرات السمعية (حركات الرأس والجذع) . ويتصل بسطحه السفلى امتداد للتكوين الشبكى Reticular Formation الذى يلعب دوراً هاماً فى استثارة الأجزاء العليا من الدماغ وتنشيط القشرة المخية .

٣- مقدمة المخ (المخ الأمامى) : Forbrain

أ - الهايبو ثلاموس (المهيد): Hypothalamus

وهو جزء صغير لا يتعدى حجمه حجم الجوزة يقع أسفل الثلاموس ، ومع صغر حجمه إلا أنه يقوم بنشاط عظيم الأهمية والخطورة ، فهو أعلى مركز لتجميع وتنظيم وربط المعلومات المتعلقة بالوظائف الحشوية وتنظيم البيئة الداخلية للجسم : كدرجة الحرارة ، ونسبة الماء فى الجسم ، وتخزين الطاقة ، والعمليات الأيضية . كما يسهم فى تنظيم العمليات الفسيولوجية التى تتعلق بدوافع الجوع والعطش والتحكم فى السلوك الانفعالى ، والاستثارة الجنسية والسلوك العدوانى ، ويساعد أيضاً فى توجيه حالات النوم واليقظة . وهو المسيطر على الغدة النخامية ومن ثم بقية الغدد كما سوف يتبين لنا فى صفحات تالية ، فضلاً عن أن أطراف أعصابه تفرز بعضاً من الهرمونات الرافعة لضغط الدم والمعجّلة لعملية الولادة .

وقد أوضحت نتائج بعض التجارب التى أجريت على الحيوانات أنه إذا ما تم تدمير جزء من الهيبوثلاموس فإنها تنام حتى تموت " كما أن تعطيل جزء آخر منه

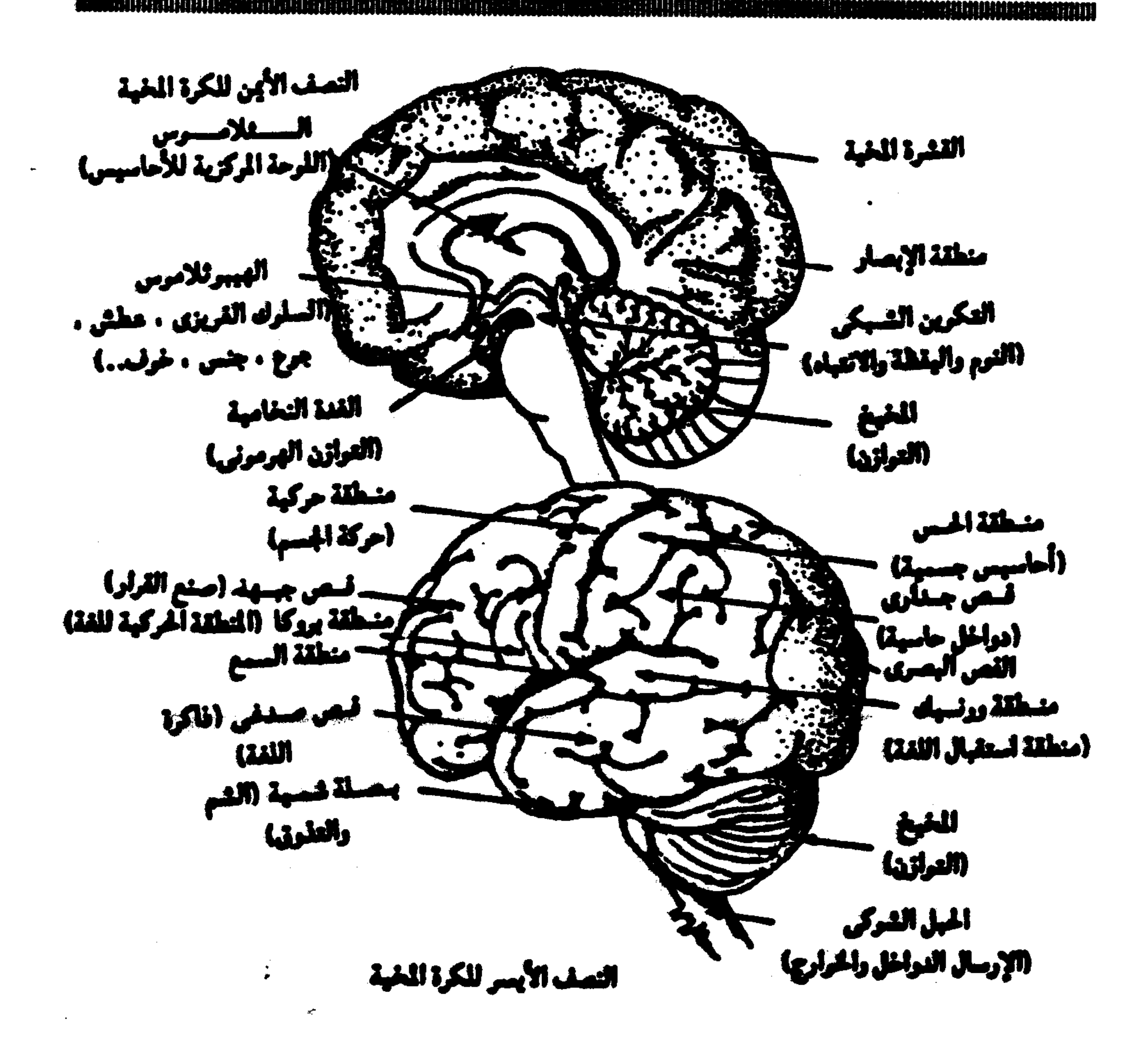
يؤدى إلى أن تقضى هذه الحيوانات معظم وقتها نائمة ، ووجد أن حقن الهيبوثلاموس ببعض المواد الكيمياوية يؤدى إلى توقف سلوك الأكل عندها حتى عندما تكون جائعة ، وحقنه بمواد كيمياوية أخرى يؤدى بها إلى الأكل وذلك على الرغم من أنها متخمة من الطعام " (عبد الرحمن عدس ومحى الدين توق ، ١٩٨٦ : ٣٩) .

جـ- المخ : Cerebrum

وهو عبارة عن كتلتين أو نصفين ، وتتركز فيهما الاختلافات الشاسعة بين مخ الإنسان والحيوانات الأدنى ، فهو أهم وأعقد جزء فى الجهاز العصبى المركزى إذ يشتمل على جميع المراكز اللحائية العليا المتخصصة التى تنتهى إليها الرسائل والمعلومات الواردة عبر جميع الممرات العصبية الصاعدة من النخاع الشوكى ، فيتلقاها ويقوم بتجهيزها وتنظيمها ويكامل بينها ، ويفسّرها ويقوم بصناعة وإصدار القرارات اللازمة بشأن كل منها ، ومن ثم يسمح للفرد بإتيان العديد من الأنماط السلوكية المتنوعة والمعقدة مثل الكلام والتعلم ، والتخيل والسلوك الذكى ، والاستدلال وحل المشكلات ، والتفكير الإبداعى .

وتغطى كتلتى المخ مع بقية أجزاء المخ الأمامى (الثلاموس والهايبوثلاموس والنوى القاعدية Basal Ganglia والغدة النخامية) قشرة السمغ أو اللحاء المخى Cerebral Cortex ، وهى أكبر جزء فى دماغ الإنسان وأرقاها وأحدثها نشوءا ، وقد انتقلت إليها معظم الوظائف الحاسية والحركية التى كان يضطلع بها المخ الأوسط من الدماغ - وما زال يؤديها لدى الحيوانات الأدنى من الإنسان - وذلك إضافة إلى العديد من الوظائف الراقية الأخرى التى تقوم بها حيث تزود الإنسان بقدرات عالية على تجهيز المعلومات . وكلما زاد سمك اللحاء وحجمه زادت مقدرة الفرد على السلوك المعقد والذكى .

ويتكون اللحاء المخى من ست طبقات مختلفة السمك والبروز والوظيفة ، كما يحتوى على ثلاثة أنواع من الخلايا العصبية التى تبلغ فى مجموعها عدة بلايين ، وهو كثير الانثناءات والتجاعيد والتلافيف Conovolutions التى بينها أخاديد Suli وشقوق عميقة Fissuress تتحدد عن طريقها مناطق المخ المختلفة .



شكل (١٥) النصفان الأيمن والأيسر للكرة المخية

وعادة ما يقسم نصفا المخ تشريحياً إلى أربعة فصوص Lobes هى : الفص الجبهى Frontal ويقع فى منطقة الجبين وفيه مراكز الحركات الإرادية المعقدة والدقيقة ، والفص الجدارى Partial ويحتوى على مناطق التحكم فى الكلام ، وبعض الإحساسات الجسمية الجلدية مثل الضغط والحرارة واللمس والوخز والشعور بالألم ، والفص الصدغى Temporal ويقع فوق الأذن ، ويختص بتجهيز المعلومات السمعية ، والفص القفوى (القذالى) Occipital ويختص بتجهيز المعلومات البصرية . كما يقسم نصفا المخ من الناحية الوظيفية إلى مناطق لكل منها وظيفة معينة كمنطقة الكلام ، ومنطقة السمع ، ومنطقة الإبصار ، ومنطقة الشم ، ومنطقة الإحساس بالحرارة .. وهكذا .(أنظر شكل ١٥)

وإذا ما نظرنا إلى المخ من أعلى نجد شقا يقسمه إلى نصفين متماثلين تقريباً من الناحية البنائية هما النصفين الكرويين Hemispheres الأيمن والأيسر ، ويتلقى النصف الأيمن المعلومات الحاسية ويتحكم فى الجزء الأيسر من جسم الانسان ، بينما يستقبل النصف الأيسر المعلومات ذاتها لكنه يتحكم فى الجزء الأيمن من الجسم بمعنى أن الحركة من المخ إلى العضلات تكون معكوسة تماما . ويقوم نصفا المخ بوظائفهما المختلفة نوعا ما بالتنسيق والتعاون والتشارك فى المعلومات عن طريق ما يسمى بالجسم الجاسئ Corpus Collosum وهو عبارة عن حزمة من الألياف العصبية تربط فيما بينهما . ولكل نصف من المخ وظائفه فالنصف الأيسر مثلا يحكم التفكير المنطقى والمجرد ، فى حين يحكم النصف الأيمن التفكير التخيلى .

اقسام الجهاز العصبى غير المركزى (الطرفى أو المحيطى) :Peripheral Nervous System (PNS)

تنقسم أجزاء هذا الجهاز إلى قسمين هما الجهاز العصبى الإرادى (الجسمى) والجهاز العصبى اللاإرادى (المستقل) .

اولاً : الجهاز العصبى الإرادى (الجسمى) Somatic System

ويشتمل هذا الجهاز على جميع الأعصاب التى تمتد خارج الدماغ والحبل الشوكى وتختص بنقل التيارات العصبية :

أ - الأعصاب النخاعية الشوكية : Spinal Nerves

تخرج الأعصاب الشوكية من الحبل الشوكى عن طريق الجذور الظهرية - بالنسبة للأعصاب الحاسية - والجذور البطنية - بالنسبة للأعصاب الحركية - ويبلغ عددها حوالى واحد وثلاثين عصباً وهى تنتشر فى سائر أجزاء الجسم : كالجلد والعضلات والأربطة والمفاصل ، وفى الأعضاء الداخلية وجدران الأحشاء ، كما تصل إلى أصابع القدمين واليدين ، والعينين والأذنين وغيرها .

ب- الأعصاب الدماغية : Cranial Nerves

ويبلغ عددها اثنى عشر عصباً على كل جانب داخل الجمجمة وتخرج من مراكز

معينة فى الجمجمة أو تنتهى إليها ، ولكل منها وظيفة هامة معينة فى تفاعل الفرد مع بيئته وهذه الأعصاب هى :

- العصب الشمى
- العصب البصرى
- العصب محرك العين
- العصب الاستعطافى
- العصب ثلاثى التوائم
- العصب محرك العين التعبيرى
- العصب الوجهى
- العصب السمعى الدهليزى
- العصب اللسانى البلعومى
- العصب الحائر
- العصب الشوكى الإضافى
- العصب تحت اللسانى

ويلاحظ أن بعض هذه الأعصاب حاسى وبعضها حركى وبعضها الآخر حاسحركى .

ثانياً : الجهاز العصبى اللاإرادى (المستقل) Autonomic Nervous System "ANS"

وهو جهاز يعمل بشكل تلقائى لا إرادى ، و يتضمن الأعصاب الذاتية التى تنقل الرسائل بين الجهاز العصبى المركزى والعضلات اللاإرادية التى تنظم وتنسق عمل الأعضاء الداخلية والغدد بالجسم حتى فى لحظات النوم ، كضبط سرعة معدل ضربات القلب وإفرازات الغدد ، واتساع حدقة العين والأوعية الدموية ، ونشاط عضلات المعدة والأحشاء ، وحركات عضلات الصدر أثناء التنفس ، وذلك وفقاً لتغير الظروف ومتطلبات البيئة .

وينقسم الجهاز العصبى اللاإرادى إلى قسمين يقوم كل منهما بوظيفة مضادة لوظيفة الآخر ، ذلك أن أحدهما يعمل على استثارة الفرد بينما يعمل الآخر على تهدئته ، وهما :

أ - الجهاز السمبتاوى : Sympathetic System

ووظيفته الاستثارة والتنبيه ، ففى مواقف الخطر التى يواجهها الفرد يصدر الجهاز السمبتاوى إشاراته لإيقاف الهضم والإسراع من معدل ضربات القلب وتدفق الدم فى الأوردة وزيادة التنفس وكل ما من شأنه تعبئة الطاقة الجسمية اللازمة لمواجهة الموقف . وهو الذى ينشط الغدد لتزيد من إفرازاتها ويوسّع حدقة العين أو يضيّقها بما يتناسب وكمية الضوء . ويزداد نشاط الجهاز السمبتاوى فى فترات العمل وخلال النهار مما يؤدى إلى استنزاف رصيد الفرد من الطاقة .

ب- الجهاز الباراسمبثاوى : Parasympathetic System

ويعمل على العكس من الجهاز السمبثاوى فى اتجاه التثبيط والكف عندما يكون الفرد فى حالة استرخاء وظروف عادية ليحافظ على موارده الداخلية وطاقاته أو يعوضها ، حيث يقوم بتنبيهات عصبية مضادة . فهو يقوم بالإبطاء من سرعة ضربات القلب ويعمل على انقباض المرىء والمعدة والأمعاء ، وإرخاء العضلة العاصرة فى المستقيم والمثانة ، ويكف الشرايين والعضلات الموجودة فى الجهاز التناسلى .

ومن شأن التوازن بين هذين الجهازين أنه "يعمل على تحقيق حالة السواء ، فالأفراد الذين يسود فيهم الجهاز السمبثاوى يتصفون بالنشاط الزائد والحركة السريعة والتيقظ الزائد ، وسهولة الاستثارة الانفعالية . أما الشخص الذى يسود فيه الجهاز الباراسمبثاوى فيكون على العكس أميل إلى الحركة الهادئة والانفعال البطىء" (فرج عبد القادر طه ، ١٩٩٤ : ٧٣)

خلاصة :

الجهاز العصبى بشقيه المركزى واللا مركزى وأقسامهما الفرعية هو الجهاز المهيمن على كافة أجهزة الجسم وأعضائه ، ومن ثم سلوك الفرد بدءا من الأرجاع الانعكاسية اللاإرادية البسيطة وانتهاء بالأنماط السلوكية الإرادية المعقدة .

فالجهاز العصبى اللامركزى بقسمه الجسمى (الأعصاب الدماغية والنخاعية) يحمل عبر مستقبلاته الرسائل من الحواس وسطح الجلد والعضلات إلى كل من النخاع الشوكى والدماغ بالجهاز العصبى المركزى ، ومنهما إلى تلك الأعضاء ، كما يسهم بقسمه المستقل (السمبثاوى والباراسمبثاوى) فى تعبئة الموارد الداخلية للجسم والحفاظ عليها ، وتنظيم إيقاع عمل الأعضاء الداخلية أثناء أوقات العمل والنشاط وخلال فترات الراحة والاسترخاء عن طريق أعصابه الممتدة إلى مختلف هذه الأعضاء .

أما الجهاز العصبى المركزى (النخاع الشوكى والدماغ) فيتولى النخاع الشوكى منه توصيل السيالات العصبية عبر ممراته الصاعدة والهابطة من أعضاء الجسم وأطرافه إلى الدماغ ، ثم من الدماغ إلى هذه الأعضاء ، فضلاً عن أنه مركز لبعض الأرجاع المتعكسة . وتقوم المناطق والمراكز المتخصصة فى القشرة المخية - وهى قمة الارتقاء فى المخ البشرى -

بتنسيق كل المعلومات الواردة فى الرسائل المحمولة عبر السيّالات العصبية من مختلف أرجاء الجسم ، وتنظيمها وتجهيزها وتفسيرها ثم إصدار الأوامر لأعضاء الجسم للقيام بالسلوك الملائم .

وتحمل الرسائل خلال أقسام الجهاز العصبى وتنقلها منه سيّالات عصبية تجرى فى سلسلة من الخلايا العصبية (النيورونات) حيث يطلق محور كل منها دفعة أو نبضة عصبية تنتقل شحنتها عبر واصلات عصبية إلى ما يليها من خلايا بحسب مقتضيات التنبيه . ويأخذ هذا السيّال ممراً أو مساراً عصبياً فى اتجاه واحد داخل حزمة ليفية من المحاور يجمعها نسيج عصبى ضام تسمى بالعصب . وهذه الأعصاب إما أن تكون موردّة (حاسية ناقلة للمعلومات من أعضاء الحس للجهاز العصبى) أو مصدّرة (حركية ناقلة للأوامر من الجهاز العصبى لعضو الحركة الملائم) أو خليط منهما .

ويربط عدد غير قليل من الباحثين بين كفاءة الجهاز العصبى وتكامل وظائفه كمركز للتحكم من ناحية ، وكفاءة الفرد من حيث قيامه بوظائفه المختلفة ومن ثم خصائص سلوكه من ناحية أخرى ، كالربط بين التلف المخى Brain Damage والمشكلات الإدراكية والحركية ، وبين سوء الأداء الوظيفى للجهاز العصبى المركزى واضطرابات السلوك ، وبين سيطرة الجهاز السمبتاوى وحالات فرط النشاط وعدم الاستقرار وعدم الشعور بالأمن . كما يتفقون على أن الخلل الوظيفى فى الجهاز العصبى أو آلياته يؤدى إلى الخلل فى الوظائف السيكولوجية والعقلية .

ولعله مما يسترعى انتباهنا فى هذا الصدد ما خلص إليه عالم النفس الإنجليزى هانز أيزنك H. Eysenk من أن لكل من الانبساطية والعصابية والذهانية أساس وراثى ، وأن الاختلافات بين الناس فى هذه الأبعاد مردها هو اختلافاتهم فى تكوين الجهاز العصبى . فبعض الناس يهيئون تكوينياً بقابلية أكثر للاستثارة Excitation والاستجابة بقوة انفعالية أكبر وأشد للمنبهات الخارجية ، لاسيما المؤلم والمفاجىء منها على العكس من بعضهم الآخر الذى يرث قدراً أقل من الاستعداد للاستثارة ومزيداً من الاستعداد للكف Inhibition وذلك بحكم خصائص الجهاز العصبى المستقل لكل منهم ، ومن ثم يختلفون فيما بينهم من حيث درجة الانفعالية العامة ، فالنشاط الزائد للفرع السمبتاوى يهىء الفردللاضطرابات العصابية .

كما يرى أن التكوين الشبكى الذى هو عبارة عن نسيج شبكى من الأعصاب أسفل المخ يسمح عند بعض الناس بمرور قدر كبير من السيالات أو التيارات العصبية إلى المخ ومن ثم استثارة منطقة واسعة من اللحاء المخى لاستقبالها والاستجابة لها ، كما يسمح لدى آخرين بمرور قدر أقل حيث يحجز أو يكف بعض المنبهات ومن ثم لا يترتب عليها استجابة .

ومن أمثلة الأسباب المرتبطة بالجهاز العصبى المؤثرة فى الصحة النفسية والمؤدية إلى عديد من أوجه القصور الحركى والحاسى والانفعالى والعقلى ما يلى :

- تلف خلايا الجهاز العصبى .
- تصلب الجهاز العصبى وضمور الأعصاب .
- تصلب النخاع الشوكى .
- الإصابات العضوية فى المخ وأورامه وتلف أنسجته وتصلب شرايينه .
- ضعف اللحاء المخى .
- عدم كفاءة الخلايا العصبية والمرسلات العصبية .
- ضعف بعض الدوائر والتوصيلات العصبية فى المخ .

ثانياً : الغدد الصماء : Endocrine Glands

يولد الإنسان مزوداً بمجموعة من الغدد تعد جزءاً متكاملاً مع الجهاز العصبى ومتمماً له ، فهى تتلقى أوامرها منه كما تؤثر بدورها فيه . وتفرز هذه الغدد مواد كيميائية مختلفة تصب مباشرة فى مجرى الدم - تسمى بالهرمونات Hormones - ، حيث يحملها إلى الأعضاء الداخلية لتؤثر على الخلايا المستهدفة فى مختلف أنحاء الجسم ، وتعمل هذه الهرمونات بمثابة منبهات داخلية للفرد ، ذلك أن مفرزاتها تسهم فى تحديد النتاج السلوكى والوظائف التكيفية ، فاختلال نشاط الغدد سواء بزيادة مفرازاتها أو نقصانها عن المعدل الطبيعى يؤدى إلى اختلال النشاط العام للفرد واضطراب قواه الانفعالية والعقلية . على سبيل المثال فإن خمول بعض هذه الغدد يؤدى إلى بطء استجابة الفرد للمثيرات ، بينما تؤدى زيادة نشاطها إلى سرعة الاستجابة .

ويوجد بالجسم ثلاثة أنواع من الغدد هى :

أ - غدد قنوية (خارجية الإفراز) Exocrine وهى التى تصب مفرزاتها فى قنوات فى تجاويف الجسم ؛ كالإنزيمات الهاضمة ، أو تؤدى بها خارج الجسم ؛ كالغدد العرقية والدمعية واللعابية .

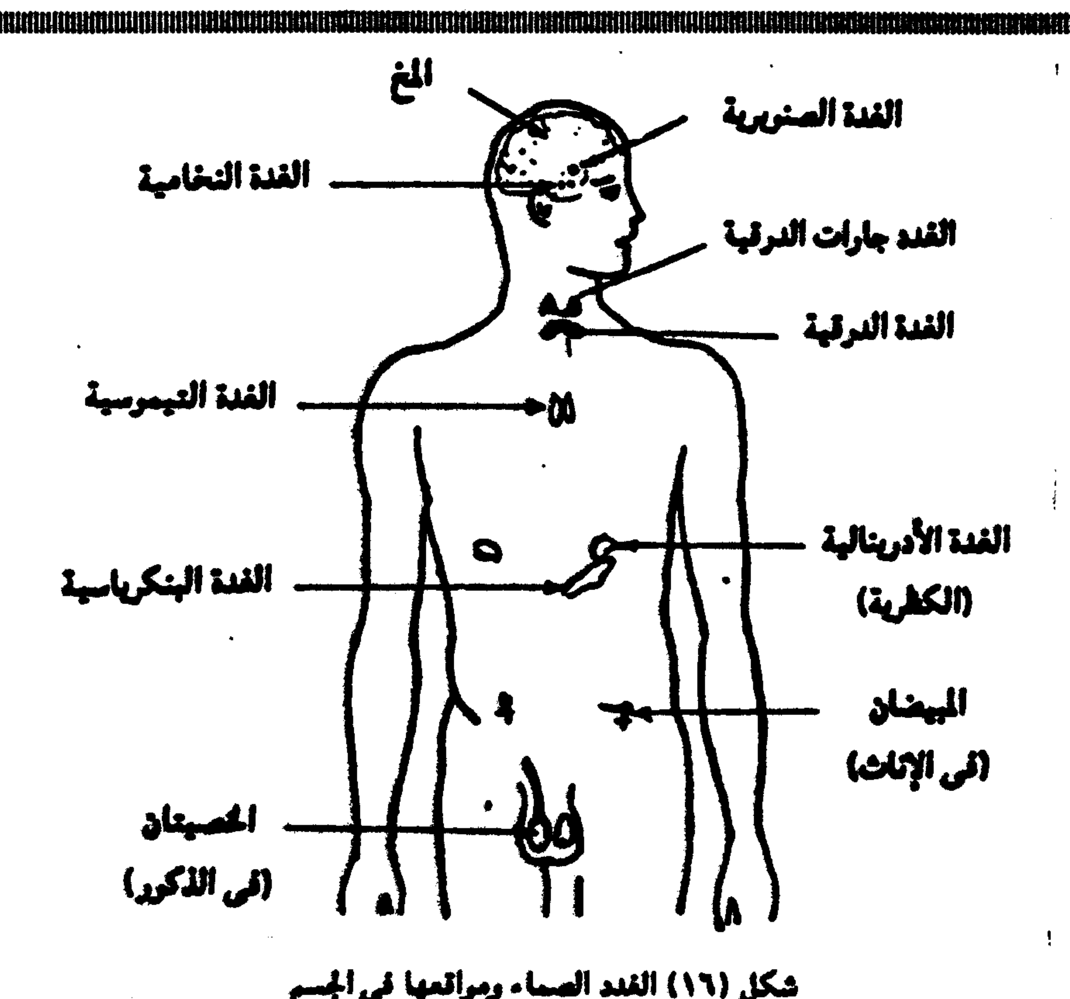
ب- غدد لا قنوية أو صماء (داخلية الإفراز) Endocrine وتصب مفرزاتها - المسماه بالهرمونات - فى الدم مباشرة ، كالغدة النخامية والدرقية .

جـ- غدد خارجية - داخلية الإفراز : وتجمع بين صفات النوعين السابقين مثل الغدة البنكرياسية التى تفرز عصاراتها خارجياً لتسهيل عملية الهضم ، كما تفرز هرمونى الأنسولين والجلوكاجون داخلياً ، والغدد الجنسية التى تفرز الهرمونات الجنسية فى الدم ، وتفرز الخلايا الجرثومية التناسلية (الحيوانات المنوية عند الذكور والبويضات عند الإناث) خارجياً ومن أهم الغدد الصماء ما يلى : (سيد أبو شعيشع ، ١٩٩٣ : ٢٣٧-٢٥٦ ، فرج عبد القادر طه ، ١٩٩٤ : ٧٥-٨٠)

١ - الغدة النخامية : Pituitary Gland

وتقع تحت الهايبوثلاموس قريباً من قاعدة المخ ، وتعد بمثابة القائد أو ضابط الإيقاع بالنسبة لعدد من الغدد الصماء الأخرى حيث تقوم بوظائف تنشيطية لهذه الغدد إذا ما انخفضت إفرازاتها عن المعدلات الطبيعية . وتتكون هذه الغدة من فصين هما الفص الأمامى والفص الخلفى .

ويفرز الفص الأمامى عدة هرمونات منها ما يؤثر على أنسجة الجسم ، ومنها ما يؤثر على غدد أخرى فيحثها على إفراز هرموناتها ، ومن بين هذه الهرمونات هرمون النمو أو "السوماتوترفين" Somatotrophin الذى يعمل على حفز النمو الجسمى - الغضاريف والعظام خاصة - وتؤدى الزيادة فى إفرازاته عن المعدل الطبيعى فى مرحلة الطفولة وبداية المراهقة إلى العملقة فقد يبلغ طول الفرد أكثر من مترين ، كما تؤدى إلى الارتفاع فى سكر الدم ، بينما يؤدى النقصان فى إفرازه إلى القزامة . كما يفرز الفص الأمامى للغدة النخامية هرمون " الجونادوتروفين" Gonadotrophin ويؤثر على نمو الغدد والوظائف الجنسية ، فالنقص فى إفرازاته فى السن الصغيرة يؤدى إلى قصور نمو الأعضاء والمظاهر



شكل (١٦) الغدد الصماء ومواقعها فى الجسم

الجنسية الثانوية . أما النقص فيه لدى البالغين فيؤدى إلى اختفاء هذه المظاهر الثانوية تدريجياً وقد يؤدى إلى فقدان الدافع الجنسى والعقم وانقطاع الطمث لدى الإناث . ومن إفرازات الفص الأمامى أيضاً هرمون " البرولاكتين " الذى يقوم بتنشيط إفراز اللبن والرضاعة لدى الإناث ، وهرمون " الثيروتروفين" Thyrotrophin لتنشيط الغدة الدرقية وحثها على إفراز بعض هرموناتها ، وكذلك الهرمون الحاث لقشرة الغدة الأدرينالية .

أما الفص الخلفى من الغدة النخامية فيفرز عدة هرمونات من بينها الهرمون القابض للأوعية الدموية أو " الفازوبريسين" Vasopressin أو المضاد لإدرار البول ومن بين وظائفه تضييق الشرايين ومن ثم رفع ضغط الدم ، وإثارة الكليتين لإعادة امتصاص الماء إلى الجسم ، ومن بين الهرمونات التى يفرزها الفص الخلفى أيضاً هرمون "الأوكسيتوسين" Oxytocin لدى الذكور والإناث إلا أن آثاره الفسيولوجية تظهر لدى

الإناث فقط ، حيث يسبب انقباضات العضلات الناعمة فى الرحم والغدد اللبنية ، ويعد الرحم لعملية الولادة .

٢- الغدة الدرقية : Thyroid Gland

وتقع أسفل الرقبة على جانبى القصبة الهوائية وأسفل الحنجرة وهى تتكون من فصين ، ويلاحظ الازدياد المؤقت لحجمها خلال البلوغ وفترات الحمل والحيض ، كما يلاحظ ازدياد نشاطها عند التعرض للبرد ، وهبوط نشاطها عند التعرض للحرارة .

وتختص بإنتاج واختزان وإفراز مواد هرمونية من أهمها " الثيروكسين" Thyroxin الذى يؤثر على كل خلايا الجسم ، ويعد ضرورياً للنمو الجسمى والنفسى للفرد ، فهو ينظم العمليات الأيضية (البناء والهدم فى أنسجة الجسم) والتمثيل الغذائى . وتؤدى الزيادة فى إفرازات " الثيروكسين " إلى زيادة معدلات التمثيل الغذائى وشعور الفرد بفرط النشاط وعدم الاستقرار والتوتر والأرق وانفتاح الشهية ، بينما يؤدى نقصان إفرازاتها إلى نتائج متعددة تختلف تبعاً لوقت حدوثه فإذا ما حدث خلال مرحلة الطفولة المبكرة يتسبب فى حدوث القصاع أو القماءة (قصر القامة بسبب عدم نمو العظام بشكل طبيعى ، والتخلف العقلى لعدم نمو الجهاز العصبى) ، وإذا ما حدث هذا النقص فى معدلات إفراز الثيروكسين لدى البالغين فإنه يؤدى إلى تحلل خلايا الغدة الدرقية ، ونقص التمثيل الغذائى ، وارتخاء العضلات وهبوط النشاط ، ونقص الدافعية ، والخمول والكسل وقلة التيقظ والميل المستمر إلى النوم .

٣- الغدد جارات الدرقية : The Parathyroid

وهى عبارة عن أربع حبيبات صغيرة ملتصقة بفصى الغدة الدرقية من الخلف ، وتفرز هذه الحبيبات هرمون " الباراثورمون" Parathormon اللازم لضبط نسبة الكالسيوم إلى الفوسفات فى الدم وسوائل الأنسجة ومن المعلوم أنه إذا زاد مستوى الكالسيوم فى الدم فإن ذلك يقلل من القابلية للاستثارة Excitability فى العضلات والجهاز العصبى ، وكلما انخفض معدله يرفع من درجة الاستثارة والتوتر وقد يؤدى إلى حدوث تشنجات وانتفاضات عضلية . كما يعمل هرمون " الباراثورمون " على خفض مستوى الفوسفور فى الدم وقد تؤدى زيادة إفرازه فى الدم إلى رفع مستوى الكالسيوم وخفض مستوى

الفوسفور فى الدم بحيث تعجز الكليتان عن امتصاص الكالسيوم كله فيذهب بعضه مع البول ، وربما أدى استنزاف الكالسيوم وفقدان الفوسفور من العظام إلى تشوهات عظمية ، كما يترتب على ذلك مستوى أقل من الطاقة والاستثارة فى الجهاز العصبى ، والشعور بالخمول والبلادة العقلية .

٤- الغدة البنكرياسية : Pancreas

وتوجد تحت الكبد والمعدة ، وهى قسمان أحدهما غدة قنوية تفرز العصارة الهضمية وتصبها عبر قناة فى الأمعاء الدقيقة ، والآخر غدة صماء تعرف بجزر لانجرهانز Langerhans التى تحتوى على نوعين من الخلايا ألفا وبيتا ، حيث تفرز الخلايا من نوع ألفا هرمون " الجلوكاجون " Glucagon وتنتج الخلايا من نوع بيتا هرمونا مضادا لعمل الهرمون الأول هو " الإنسولين " Insulin ، وكلاهما له دوره فى عملية التمثيل الغذائى للمواد الكربوهيدراتية . فالإنسولين يعمل على خفض مستوى السكر فى الدم ويحث الخلايا على استهلاك كميات أكبر منه ، أما الجلوكاجون فيعمل على زيادة مستوى السكر فى الدم إذا ما انخفض معدله ، كما يحث الخلايا الدهنية على إطلاق الدهون ليفيد منها الجسم تعويضاً لنقص السكر .

ويؤدى نقص الإنسولين المطلوب لحرق كميات السكر الزائدة إلى ارتفاع نسبة السكر فى الدم فتضطر الكليتان إلى إخراجه مع البول ، ومن ثم يفقد الجسم مصدراً حيوياً للطاقة ، كما تنزع أنسجة الجسم إلى تفكيك البروتينات والدهون لتحويلها إلى سكر .. ولذا يشعر مريض السكر بالجوع والعطش باستمرار نتيجة الاستنزاف المتزايد للمواد الغذائية والسكر وخروجها مع البول .

أما فى حالة زيادة إفراز البنكرياس للإنسولين فإن مستوى السكر ينخفض فى الدم مما يترتب عليه شعوراً بالإعياء والإنهاك والعرق والخلط الذهنى والرؤية المزدوجة وقد يصل الأمر إلى حدوث غيبوبة .

٥- الغدد الجنسية : Gonads

وتتمثل فى الخصيتان Testes عند الذكور والمبيضان Ovaries لدى الإناث ، ولكل

منهما - شأنهما شأن البنكرياس - نوعان من المفرزات أولهما داخلى يصب فى الأوعية الدموية وهى الهرمونات الجنسية ، وثانيهما خارجى وهو الحيوانات المنوية التى تفرزها الخصيتان عند الذكور طوال حياتهم ، والبويضات التى تنتجها المبايض لدى الإناث خلال دورة معينة هى دورة الحيض .

وهكذا فإن للغدد الجنسية وظيفتان تبدأ فى أدائها عند سن البلوغ وهما : إفراز الهرمونات الجنسية وأهمها لدى الذكور " التستوستيرون" Testosterone ، ولدى الإناث "الايستروجين " Oestrogen وإنتاج الخلايا الجرثومية (الحيوانات المنوية والبويضات) . ومن أهم وظائف الهرمونات الجنسية نمو الأعضاء التناسلية ونضجها ، وظهور الخصائص الجنسية الثانوية لدى الجنسين : كخشونة الصوت والنمو العضلى وظهور الشعر فى مناطق معينة مثل الذقن والعانة بالنسبة للذكور ، ونعومة الصوت وبروز الصدر ونمو الفخذين وترسب الدهون وتوزيعها تحت الجلد لدى الإناث ، وتنشيط الدافع الجنسى ، وتوجيه النمو الجنسى . ويؤدى الخلل فى معدل إفراز هذه الهرمونات إلى آثار سلبية على النمو الانفعالى والنفسى ، ومدى تقبل الفرد لذاته ولدوره الجنسى .

٦- الغدتان الأدرينا ليتان Adrenal Glands

ويطلق عليهما أحياناً الغدتان الكظريتان أو فوق الكلويتان Suprarenal Glands حيث تقبع كل منهما فوق إحدى الكليتين ، وتتكون كل غدة من جزأين متمايزين بنائياً ووظيفياً هما : القشرة الخارجية أو اللحاء Cortex ، والنخاع أو اللب Medulla الذى يتلقى تنبيهاته من الجهاز العصبى الذاتى (المستقل) عبر الألياف السمبتاوية .

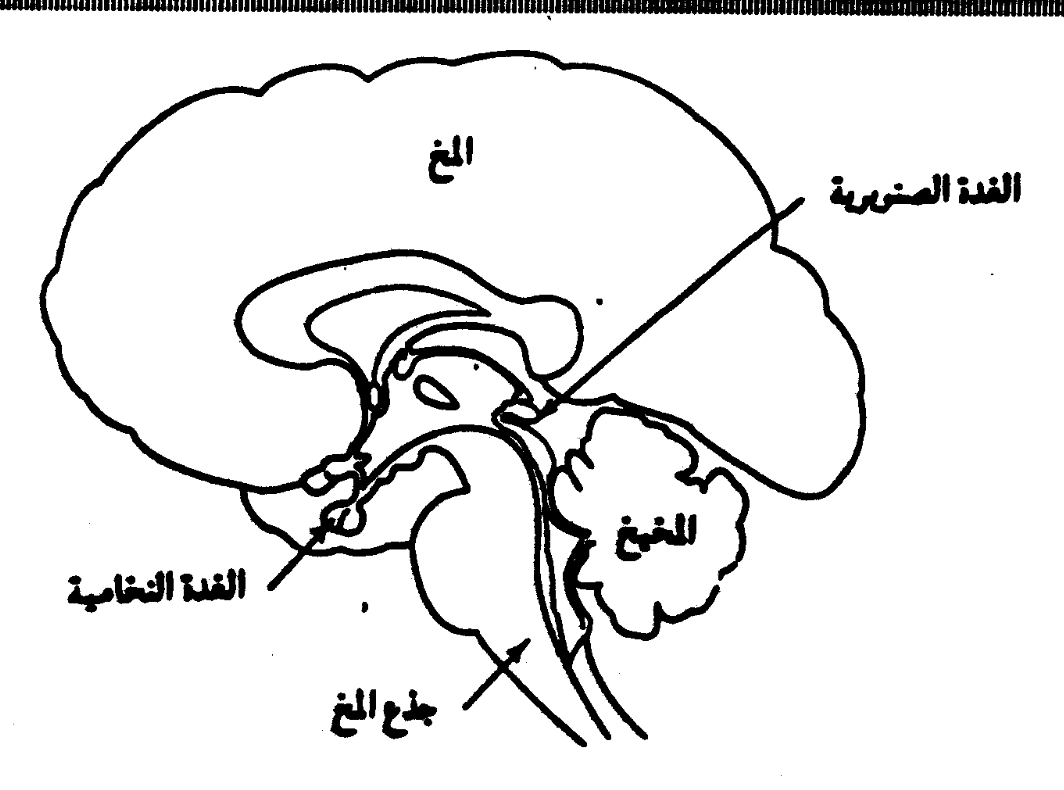
وتتكون القشرة الخارجية للغدة الأدرينالية من ثلاث طبقات تنتظم خلايا كل منها وفقاً لنظام خاص كما تفرز هرمونات مختلفة ، فالطبقة الخارجية من القشرة تفرز الهرمونات المعدنية ومن بينها " الألدوستيرون " Aldosterone الذى يحث الكليتين على إعادة امتصاص الصوديوم والماء ومن ثم يمنع تسربهما من الجسم ، كما يعمل على التخلص من البوتاسيوم الزائد بخروجه مع البول . أما الطبقة الوسطى للحاء الغدة الأدرينالية فتفرز الهرمونات السكرية ومنها " الكورتيزول " Cortisol "والكورتيزون" Cortisone وتسهم هذه الهرمونات مع هرمونات أخرى فى ضبط مستوى

التمثيل الغذائي واختزان الدهون داخل الجسم ، كما تزيد من مستوى نسبة السكر في الدم وترفع ضغط الدم . وتفرز خلايا الطبقة الداخلية من القشرة هرمونات جنسية كالتي تفرزها الغدد الجنسية لدى الذكور والإناث وإن كان الهرمون الذكرى " الأندروجين" Androgen يمثل الجزء الأكبر منها ، لذا ... فإن زيادة إفراز هذا الهرمون يؤدى إلى البلوغ الجنسي وظهور الخصائص الذكورية مبكراً لدى الأولاد ، كما يؤدى إلى ظهور أعراض الذكورة لدى البنات : كظهور الشعر في الوجه وتضخم الصوت .. وغيرها مما يجنح بهم إلى الاسترجال Virilism .

أما نخاع الغدة الأدرينالية أو الجزء الداخلي منها فيفرز نوعين من الهرمونات هما "الأدرينالين" و النورأدرينالين " ولهما تأثير مشترك في زيادة معدل سرعة وقوة ضربات القلب عن طريق زيادة انقباض عضلته ، وانقباض الأوعية الدموية في الأحشاء ، وتمدد الشعب الهوائية في الرئتين عن طريق ارتخاء عضلاتهما ، وزيادة الأحماض الدهنية في الدم . وللأدرينالين آثار منشطة على التكوين الشبكي أسفل المخ ، وفي زيادة مستوى سكر الدم بسبب تأثيره على الكبد والبنكرياس ، كما يعمل على زيادة استهلاك الأكسجين وزيادة معدل التمثيل الغذائي . كما أن له دوره البالغ في تعبئة طاقة الفرد وتهيئته لمواجهة حالات الطوارىء والخطر التي تستثير انفعالاته : كالغضب والخوف . ويؤدى الخلل في مفرزات نخاع الغدة النخامية إلى اضطرابات متعددة فالزيادة في معدلها تؤدى إلى زيادة ضربات القلب وسرعة التنفس ، وارتفاع ضغط الدم ونسبة السكر في الدم والتوتر والقلق ، بينما يؤدى النقص في هذا المعدل إلى مظاهر مرضية أخرى كالخمول والتبلد الانفعالي وعدم الاكتراث .

٧- الغدة الصنوبرية : Pinel Gland

تتعلق هذه الغدة بالجدار الخلفي للبطين الثالث ، وتستغيرها ألياف سمبتاوية من الجهاز العصبي المستقل . ومن أهم مفرزاتها هرمون " الميلاتونين " Melatonin الذي يفرز في الدم والسائل النخاعي Cerebrospinal Fluid ويتزايد معدل إفراز هذا الهرمون خلال ساعات الليل حيث يبلغ ذروته فيما بين الثانية والثالثة بعد منتصف الليل وينخفض خلال ساعات النهار ، وهو ما يعني أن الغدة الصنوبرية تتأثر بالضوء الذي يسقط على شبكية العين ويمر عبر المسار البصري إلى الألياف السمبتاوية . وتزداد كمية هذه الهرمون بالدم



شكل (١٧) الغدتان الصنوبرية والنخامية

لدى الأطفال منها لدى الكبار حيث يصل أقصى حدودها فى سن العشر سنوات وتستمر على هذا النحو حتى سن البلوغ ثم تأخذ فى الانخفاض التدريجى مع تقدم العمر لتصل إلى أقل مستوى فيما بين سن الخمسين والستين عاماً .

وقد كان يظن أن الغدة الصنوبرية لا تؤدى أية وظيفة مفيدة لجسم الإنسان حتى فترة ليست ببعيدة ، كما ظلت وظائف هرمون الميلاتونين بعد اكتشافه غامضة وغير معروفة ، ومازال العلماء يبحثون ما إذا كان لهذا الهرمون تأثير سلبى على إفرازات الهرمونات الجنسية وضمور الغدد التناسلية أم لا .

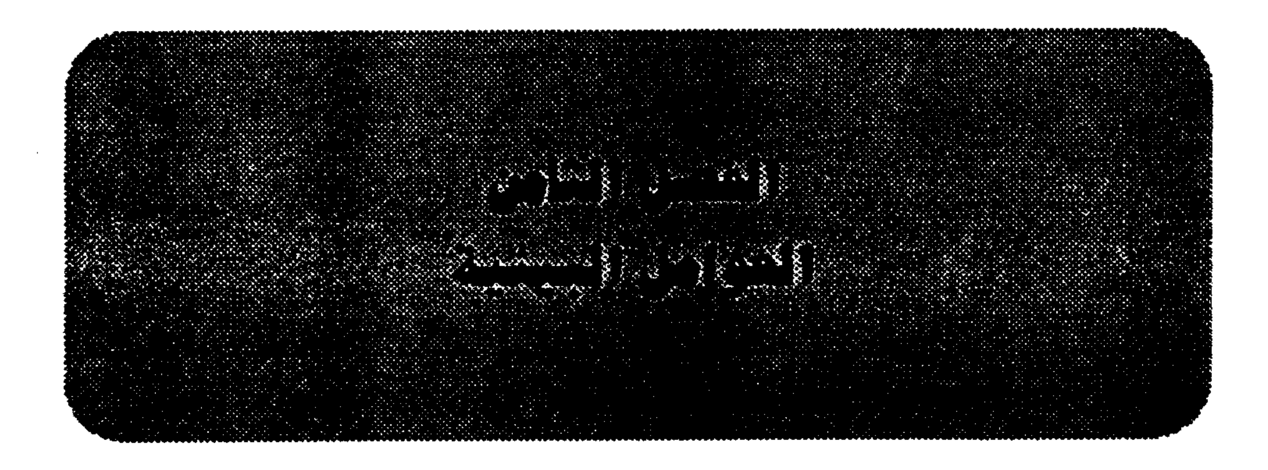
ويشير عز الدين الدنشارى (١٩٩٦ : ٢١-٢٦) إلى أن من أهم وظائف الميلاتونين تقوية الجهاز المناعى للجسم ، ومقاومة أعراض الشيخوخة وحماية الجسم من التلف ، والمحافظة على سلامة القلب فهو يقلل من ضغط الدم وينقص من الكوليسترول ، كما يقاوم الخلايا السرطانية ويبطء من نموها ، ويساعد على النوم الهادىء الطبيعى وتجنب اضطرابات النوم كالأرق حيث يسهم فى بعض العمليات البيولوجية الخاصة بالتواؤم بين الفرد والتغيرات فى دورة الليل والنهار أو الضوء والظلام .

خلاصة :

وهكذا يتبين أن الجهاز الغدى بما يفرزه من مركبات كيميائية معقدة (هرمونات) يسهم فى تكامل أنشطة الأنسجة والأعضاء وأجهزة الجسم ، وفى حفز عملية النمو بمظاهرها المختلفة لبلوغ النضج ، وتنظيم عملية التمثيل الغذائى ، والحفاظ على حيوية الفرد واستقرار حالته المزاجية أو الانفعالية العامة ، وضمان قيامه بوظائفه الجسمية والنفسية والعقلية خير قيام . كما تبين لنا أن الغدد المختلفة لا تعمل منفردة وبمعزل عن بعضها البعض ، وإنما فى تنسيق وتكامل تحت قيادة الغدة النخامية التى من أهم وظائفها ضبط وتنظيم عمل الغدد الأخرى ، أو بمعنى آخر إفراز هرمونات حاثة لبعض تلك الغدد كى تقوم بوظائفها الهرمونية بالمعدل المضبوط الذى يحفظ للفرد نشاطه ونموه وصحته .

وقد اتضح لنا أيضاً وجود علاقة وثيقة تفاعلية بين الوظائف الهرمونية وحالة الفرد الانفعالية وسلوكه ، على سبيل المثال فإن النقص فى إفراز الغدة الدرقية عن المعدل الطبيعى يؤدى بالفرد إلى الشعور بالخمول والكسل والميل إلى النعاس ، بينما تؤدى الزيادة فيه إلى شدة الاهتياج والشعور بالتوتر وعدم الاستقرار ، بيد أن الحالة الانفعالية للفرد تؤثر بدورها أيضاً على وظائف هذه الغدة " فقد اتضح أن التوتر الانفعالى الموصول يؤدى إلى تضخم الغدة الدرقية وزيادة إفرازها ، وأن الاكتئاب النفسى الموصول يؤدى إلى فتور نشاطها وقلة إفرازها " (أحمد عزت راجح ، ١٩٧٩ : ٥١١) .

ويرتهن نجاح تلك الغدد بمعدل إفرازاتها للمواد الهرمونية بحيث إذا اختل عن المعدل الطبيعى زيادة أم نقصاً فإنه يؤدى إلى اضطراب نشاط الفرد ونموه واختلال وظائفه الجسمية والنفسية والعقلية .



- **مفهوم البيئة .**
  - **عوامل قبل ولادية .**
  - **عوامل ولادية .**
  - **عوامل بعد ولادية .**
- **التفاعل بين الوراثة والبيئة .**

العوامل البيئية

على العكس ممن ذهبوا إلى أن دوافعنا ومقدراتنا العقلية ومواهبنا ، وأنماط شخصياتنا ، بل وأمراضنا النفسية والعقلية موروثة ، ذهب فريق آخر من العلماء والباحثين مذهباً مناقضاً تماماً لوجهة النظر تلك ، ورأوا أن شخصية الفرد بمختلف جوانبها وأبعادها نتاج للعوامل البيئية وظروف التنشئة والتربية * .

ولا يوجد ماهو أدل على وجهة نظر المتحمسين للعوامل البيئية أكثر من المقولة الشهيرة لجون واطسن Watson (١٨٧٨-١٩٥٨) مؤسس المدرسة السلوكية فى علم النفس ومفادها : إعطنى اثنى عشر طفلاً من العاديين الأصحاء ، ولسوف أقوم بتنشئتهم بطريقتى ، وأختار واحداً منهم بشكل عشوائى وأدربه بطريقتى لأجعل منه طبيباً أو محامياً أو فناناً ، أو رجل أعمال أو حتى لصاً أو متسولاً ، وذلك بصرف النظر عن مواهبه وميوله ، ونزعاته ومقدراته وسلالة أسلافه . وهكذا أنكر واطسون كل الخصائص الوراثية وكل الإمكانات والطاقات التى تبدو وراثية ، وأكد على التأثير السيادى للعوامل البيئية والتعلم كأساس لتفسير السلوك الإنسانى وفهمه ، وأن بإمكاننا تدريب الطفل على أى شىء ، حتى أن الانفعالات الثلاثة التى رأى بأنها أساسية عند جميع الناس وهى الحب والخوف والغضب ، تتكون بالإشراط من خلال عمليات التعلم .

ويؤكد المتشيعون للسيادة البيئية على نمو الشخصية على أن الفروق الفردية بين الناس تدل على أن الفرص التى أتيحت لتنمية إمكانات الأفراد ومقدراتهم واستثمارها لم تكن متكافئة ، وعلى ضرورة السعى إلى تهيئة مختلف السبل والوسائل أمام الأفراد بدرجة متساوية لتنمية ما لديهم من استعدادات .[1]

---

* تأصلت وجهتا النظر فى ثقافتنا الشعبية ، فمن الأمثال الدالة على تأثير الوراثة " إبن الوز عوام " و "إبن الديب ما يتربّاش " و " بنت الحراتة تطلع دراسة " و " الطينة م الطينة واللتّه من العجينة " و "إكفِ القدرة على فمها تطلع البنت لأمها " ومن الأمثال الدالة على تأثير البيئة والتنشئة : " إبنك على ما تربّيه " و " اكسر للعيّل ضلع يطلع له اتنين" وقول الشاعر " وينشأ ناشىء الفتيان منا ∴ على ما كان عوّده أبوه " .

وقد عرف حامد زهران (١٩٧٢: ٢٣) البيئة بأنها جميع العوامل الخارجية التى تؤثر فى الفرد تأثيراً مباشراً أو غير مباشر منذ تم الإخصاب وتحددت العوامل الوراثية ، وهى تشمل بهذا المعنى العوامل المادية والاجتماعية ، والثقافية والحضارية . كما عرفها محمد عماد الدين اسماعيل (١٩٨٩: ٩٤) بأنها " المجال الذى تحدث فيه عملية النمو ، ويقصد بالمجال هنا جميع القوى المحيطة بالفرد التى يتفاعل معها أثناء نموه " ويزيد الأمر تفصيلاً عندما يشير إلى أن الكائن الحى نفسه يعد جزءاً فاعلاً ومتفاعلاً فى هذا المجال ، وأن البيئة الخارجية لها جانبان أحدهما طبيعى يشمل المناخ والنبات والتكوين الطبوغرافى ... إلخ ، والآخر ثقافى يتمثل فى جميع الجوانب المادية والاقتصادية والصحية والاجتماعية المحيطة بالفرد . كما أن البيئة لا تشمل الظروف المحيطة بالفرد بعد ولادته فحسب ، وإنما تتضمن جميع الظروف والعوامل التى أحاطت بنموه منذ كان خلية جرثومية ، أى منذ بدء وجوده فى الرحم كخلية حية وحتى مماته .

وهكذا فإن البيئة تتحدد بجميع العوامل التى تؤثر على خصائص الجنين بعد لحظة إخصابه مباشرة داخل " البيئة الرحمية " وبعد ميلاده طفلاً ، وتؤثر على نموه وإمكاناته وسلوكه خلال جميع مراحل عمره حتى انتهاء حياته والعبرة فى ذلك ليست بمجموع ما يحيط بالفرد من منبهات وظروف ، وإنما بما يؤثر على سلوك الفرد ويوجهه ويطبعه ، أى بما يدخل فى نطاق بيئته السيكولوجية من هذه المنبهات ويشكل جزءاً من مجاله النفسى . ومن بين العوامل البيئية ما يلى :

١- عوامل قبل ولادية :

وهى تتصل بالبيئة الرحمية المحيطة بالخلية عندما يأخذ الجنين فى مراحل نموه الأولى ، والبيئة الداخلية أو الخلوية كالسيتوبلازم المحيط بنواة الخلية ، وتتحدد هذه العوامل بالصحة العامة للأم خلال فترة الحمل ، وتغذيتها ، وحالتها الانفعالية العامة ، وتعاطيها للأدوية والعقاقير والمواد المخدرة والكحوليات ، ومدى تعرضها للإصابات والإجهاد البدنى ، والإنهاك العصبى .

إن سوء تغذية الأم الحامل له تأثيرات سلبية على مختلف مظاهر نمو الجنين ، فالأم هى المصدر الأساسى الذى يتحصل منه الجنين على المواد الغذائية اللازمة لنموه نمواً

سليماً . وقد اتضح أن سوء تغذية الأم يبطئ من نمو الجنين ويعوق نموه الجسمى الكامل وتكوين جهازه العصبى ، ومن شأنه أيضاً أن يؤثر على نمو خلايا مخه حيث يعوق انقسام خلاياه وفقاً للمعدل الطبيعى ومن ثم تكاثرها مما يؤدى إلى الإقلال من عددها أثناء مرحلتى ما قبل الولادة وستة الأشهر الأولى بعد الميلاد ، كما يعوق أيضاً معدل الزيادة فى حجم الخلايا ذاتها وهى الكيفية التى ينمو بها المخ بعد الأشهر الستة الأولى من الميلاد مما يؤدى إلى صغر حجم المخ عن الحجم العادى ، ويؤثر بدوره على مستواه العقلى .

كما وجد أن تعاطى الأم الحامل لمواد مخدرة : كالأفيون والحشيش والهيروين ، يؤدى إلى انتقال المادة المخدرة من دم الأم إلى الجنين ، وزيادة نسبة ثانى أكسيد الكربون ونقصان الأكسجين فى دم الأم مما يؤثر سلبياً على نشاط مخ الطفل وقد يؤدى إلى تلف خلاياه ، ومن نتائج تعاطى الأم الحامل للمخدرات ولادة أطفال مُتَعَسِّرين ناقصى النمو ، وأطفال يعانون أعراض التهيج والأرق والقىء .

ووجد أن تناول الأم الحامل المشروبات الكحولية يؤدى إلى تأخر النمو الجسمى للطفل وتدهور تآزره الحركى وانخفاض معدل ذكائه . كما أن تناولها العقاقير دون إشراف طبى يمثل أخطاراً مباشرة على نمو الجنين ، على سبيل المثال فإن عقار الثاليدوميد Thalidomide الذى يستخدم كمسكن يؤدى إلى ميلاد أطفال مشوهى الأطراف أو معدوميها ، وربما يؤدى إلى إصابتهم بالتخلف العقلى .

أما إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض : كالحمى التيفودية والحصبة الألمانية والزهرى والسيلان ، فإنه قد يؤدى إلى حدوث الإجهاض أو ولادة الجنين ميتاً ، كما يعرض الجنين للتشوهات الخلقية والضعف العام ، وإلى إصابته ببعض القصورات الحاسية كالصمم ، والعقلية كالتخلف العقلى . كما أن تعرض الأم الحامل لمستويات عالية من الإشعاع لا سيما خلال فترة انقسام خلايا الجنين يؤدى إلى أضرار وخيمة بالنسبة له كالتشوهات الخلقية والتخلف العقلى والاضطرابات العصبية .

وللحالة الانفعالية للأم الحامل ومدى تعرضها للقلق والإنهاك العصبى والضغوط النفسية أثره البالغ على نمو الجنين ، وقد سبقت الإشارة إلى العلاقة الوثيقة بين الحالة الانفعالية للفرد ووظائفه الهرمونية ، ومن ثم فإن استجابات انفعالية كالخوف والغضب

الشديد والتوتر يؤثر على زيادة معدل إفراز غدد الأم لمواد هرمونية معينة كالأدرينالين والثيروكسين تنتقل بدورها إلى دم الجنين وتؤدى إلى التهيج والتوتر وزيادة الحركة .

ولا تخفى علينا الآثار السلبية على نمو الجنين مما ينتج عن الإصابات التى ربما تحدث للأم أثناء الحمل نتيجة تعرضها للسقوط من مكان مرتفع ، أو لإحدى الحوادث ، أو للاختناق ، وكذلك مما قد ينتج عن الوضع غير العادى للجنين فى الرحم وتعريضه لضغط غير عادى .

٢- عوامل ولادية :

وهى تتعلق بتوقيت عملية الولادة وظروفها : كالولادات المبكرة أو المتعسرة ، والعسرة أو الطويلة ، والمتأخرة ، واستخدام آلات ميكانيكية ساحبة مما قد يترتب عليه تمزق بعض أنسجة الوليد وأوعيته الدموية وحدوث نزيف بالمخ ، وتعرض الجنين للاختناق Anoxemia أثناء الولادة مما يؤدى إلى نقص كمية الأوكسچين الواصلة إلى المخ فتصاب خلاياه بالتلف وتموت ، إضافة إلى أن سوء استخدام العقاقير المخدّرة للأم أثناء الولادة يؤدى إلى آثار سلبية على نمو الوليد بصورة مؤقتة أو مستديمة .

٣- عوامل بعد ولادية :

وتتمثل فى المؤثرات البيئية الخارجية المحيطة بالفرد ، وعناصرها المادية الطبيعية والاجتماعية والثقافية التى يتعرض لها منذ ولادته ، وتؤثر فيه بشكل مباشر أو غير مباشر ومنها :

أ - البيئة المادية الطبيعية : تؤثر طبيعة العوامل الجغرافية الخاصة بالطقس والضغط الجوى والتضاريس ، وطبيعة الأرض وعوامل التربة ، بدرجة ما على حياة أى جماعة وعلى نظامها الاجتماعى ، ومن ثم على أسلوب حياة الفرد الذى يعيش فى إطارها . كما تسهم فى تفاعلها مع العوامل الأخرى فى التأثير على نموه وفى تشكيل ملامح شخصيته ، حيث تهيىء السبيل إلى ظهور سمات شخصية معينة كالاقدام والصراحة وروح المقاومة والتنافس ، والتحدى والمبادأة والاعتماد على النفس . وفى الوقت ذاته

قد تعوق أو تعطل ظهور سمات أخرى لا تستلزمها طبيعة الحياة فى إطار هذه الظروف الجغرافية .

ب- الثقافة : " من بين معانى الثقافة أنها أسلوب أو طريقة الحياة ونظامها فى مجتمع ما ووقت معين ، وذلك بما تشتمل عليه من تراث ومعتقدات وقيم ، واتجاهات وعادات ، وطرق تفكير وعلوم وفنون ، ونظم سياسية واجتماعية واقتصادية وأنماط سلوكية . ومن ثم تختلف الثقافات من مجتمع إلى آخر ، ومن جماعة محلية إلى أخرى من حيث نوعيتها ومدى تعقدها وثرائها ومرونتها (عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٥: ١٨٥) وتختلف الثقافات فيما بينها من حيث ما تتضمنه من معارف ومعلومات ومعتقدات ، وعادات وتقاليد وقيم وأنماط سلوكية وطرق للتفكير والتعبير ، بالإضافة إلى المنتجات المادية . وتعد نوعية الثقافة التى يعيش فى إطارها الفرد من حيث هى مرنة متجددة أم جامدة محافظة ، مادية أم روحية ، معقدة أم بسيطة ... من بين المحددات الأساسية للشخصية والسلوك ، إذ تتحدد فى ضوئها الأساليب والطرق المستخدمة فى تنشئة الفرد وتطبيعه اجتماعياً ، وفى تربيته وتعليمه ، وفى تعيين ما يجب التأكيد عليه فى كل هذه العمليات ، ومن ثم ما يكتسبه الفرد نتيجة لذلك من أنماط تفكير وطرق تعبير عن انفعالاته ومشاعره ، ومن طرق إشباع لدوافعه ، وما يمتصه من قيم ويتبناه من اتجاهات ، ويكونه من ميول ، ويمارسه من أنماط سلوكية ويقيمه من تفاعلات وعلاقات اجتماعية مع الآخرين فى أسرته ومع رفاقه .

كما تلعب كل من الثقافة العامة والثقافة الفرعية - المميزة للجماعة الخاصة التى ينتمى إليها الفرد - دوراً كبيراً فى تحديد الأدوار الاجتماعية لأفراد الجنسين ، وبالتالى ما يتميز به الذكور والإناث من خصائص وسمات شخصية ، ونظراً للعلاقة الوثيقة بين الفرد وثقافته (الثقافة نتاج الأفراد فى تفاعلهم مع الزمن والمكان والكون ، وفى الوقت ذاته نجدها تشكل الأفراد وتؤثر عليهم) فإنه فى بعض الأحيان نجد أن التغيرات الثقافية المتلاحقة أو السريعة تؤدى إلى اضطرابات فى الشخصية لدى بعض الأفراد ممن يعجزون عن التوافق مع هذه التغيرات .

جـ- العوامل الاجتماعية : تشمل هذه العوامل المنظمات القائمة على أمر التنشئة والتطبيع الاجتماعى ومنها الأسرة والمدرسة ودور العبادة ووسائل الإعلام ، بالإضافة إلى جماعات الأقران وطبيعة الأدوار الاجتماعية للأفراد وما تحدده لهم من مهام ووظائف داخل الجماعة . ونذكر بإيجاز من بين هذه العوامل على سبيل المثال ما يتعلق بالأسرة باعتبارها المنظمة الأولى التى تتولى عملية التطبيع الاجتماعى للفرد .

يعد التطبيع الاجتماعى للفرد بمثابة الوظيفة الأساسية للأسرة بمعنى تحويله من مجرد "كائن حى بيولوجى" إلى " كائن اجتماعى " ينتمى إلى ثقافة معينة ويعيش فى بيئة معينة ، يشارك أفراداً آخرين حياتهم ومعتقداتهم وقيمهم ، واتجاهاتهم وتطلعاتهم ، ينتمى إليهم ويتفاعل معهم ، عليه واجبات والتزامات بقدر ما له من حقوق . فالتنشئة الاجتماعية فى جوهرها عملية تعلم اجتماعى يكتسب الفرد عن طريقها صفاته وعاداته الاجتماعية المحلية . ويتوقف تأثير الأسرة على نمو الشخصية على عوامل كثيرة منها : درجة تماسك الأسرة ، وحجمها ، ومستواها الثقافى ، والاجتماعى - الاقتصادى ، وأساليب المعاملة الوالدية للأبناء ، وطبيعة المناخ الأسرى والعلاقات والتفاعلات الأسرية ، وغيرها مما سوف نشير إليه تفصيلاً فى الباب السادس الخاص بالمنظمات الاجتماعية وأثرها فى الصحة النفسية .

ومن بين ما أشارت إليه نتائج الأبحاث عموماً فيما يتعلق بتأثير هذه العوامل على الشخصية ما يلى :

أ- أهمية السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل فى تكوين جوهر شخصيته ، ونمطها واتجاهاتها نحو الآخرين . فالطفل خلال هذه السنوات يتميز بالعجز وقلة الحيلة ، وباعتماديته على الآخرين لا سيما أمه فى إشباع حاجاته الجسمية والنفسية ، كما يتميز بطواعيته وقابليته للتأثر والتشكيل والتقليد والتعلم . ويترتب على ما يتعرض له الطفل خلال هذه السنوات من خبرات ومواقف آثار بعيدة المدى على شخصيته مستقبلاً . فالعدوانية والقلق والاعتمادية على الآخرين والشعور بالإثم - كصفات للشخصية - بل والاستعداد للإصابة بالأمراض النفسية ، يمكن أن تنمو نتيجة لمشاعر الخوف والألم والتهديد والإحباط التى صاحبت عمليات الرضاعة والتغذية وموقف الفطام . كما قد تنتج عن استخدام أساليب القمع والقسوة ، والتعسف والتشدد التى

مارستها الأم أو من فى حكمها مع الطفل خلال مواقف التدريب على عملية ضبط الإخراج فى سنى الطفولة الأولى . بينما يكتسب الطفل مقومات الشخصية السوية إذا ما شعر بالإشباع والأمن والحب خلال هذه المواقف .

ب-أهمية التنبيهات الحاسحركية والاجتماعية المبكرة فى إطلاق استعدادات الطفل الجسمية والحاسية والعقلية والانفعالية ، وتمكينه من الانتباه والإدراك الحاسى ، فقد تبين أن إثراء بيئة الطفل بمختلف أنواع المثيرات وتشجيعه على الانتباه لها ، والتعامل مع احتياجاته بحس مرهف ، وإظهار مشاعر الارتياح والتقبل والابتهاج إزاء الطفل منذ ولادته من خلال بشاشة الوجه ، والأصوات الإيقاعية الرقيقة والحانية ، والملامسة الجسدية الدافئة ، تلعب دوراً بالغ الأهمية فى نموه الحاسى والعقلى والانفعالى ، وتكوين رابطة المودة والتعلق بالوالدين ، وعلى العكس من ذلك فإن الحرمان البيئى وما يصاحبه من محدودية الاستثارات الحاسحركية والتنبيهات العقلية ، والعزلة الاجتماعية ، وغياب الاهتمام العاطفى والمشاركة الوجدانية يعوق النمو الطبيعى لمهارات الطفل الحاسية والحركية والعقلية والاجتماعية واللغوية ، وقد يؤدى به إلى تطوير أنماط سلوكية تتسم بالعدوانية والجفاء والبرود العاطفى وعدم التحكم الذاتى .

جـ- أهمية استخدام الوالدين أساليب معاملة سوية مع الأبناء خلال عملية التنشئة الاجتماعية كالشورى والتقبل والتسامح والحب ، ومنح درجة معقولة من الحرية لما لذلك من آثار إيجابية على نمو شخصيات تتسم بالاتزان الانفعالى وبالاستقلالية والمرونة والحيوية والمبادأة . وفى الوقت ذاته تجنب الاتجاهات الوالدية غير السوية كالتسلط والصرامة ، والتدليل والحماية الزائدة ، والإهمال والنبذ والإيذاء البدنى ، لما لها من آثار سلبية وخيمة على شخصيات الأبناء ، إذ تؤدى غالباً إلى ظهور مشكلات سلوكية وسمات شخصية غير صحية كالعدوانية والتمرد واللامبالاة والانطواء والتبعية لدى الأبناء .

د- أهمية التوافق والتماسك فى العلاقات الأسرية سواء بين الوالدين ، أو بين الطفل وكل منهما ، أو بين الطفل وإخوته ، حيث يحقق هذا التماسك للطفل مناخاً أسرياً يتسم بالدفء والمحبة وروح التفاهم والتآلف ، مما يساعده على بناء شخصية متكاملة متزنة .

بينما يؤدى التفكك وتصدع العلاقات الأسرية والخلافات بين الوالدين أو بين الأبناء وبعضهم البعض ، أو بين الوالدين والأبناء ، وتذبذب المعاملة الوالدية للأبناء ، وتفضيل الوالدين أو أحدهما إبناً دون بقية الأبناء لأى سبب .. وغير ذلك من المظاهر غير الطبيعية فى الأسرة ، يؤدى إلى خلق جو غير صحى لنمو الأبناء وإلى ظهور مشكلات سلوكية لدى الأطفال كالمخاوف المرضية واضطرابات النوم .. إلخ ، وربما مهّد هذا كله الطريق إلى ظهور مشكلات واضطرابات نفسية أشد خطورة فى المستقبل .

التفاعل بين الوراثة والبيئة :

رأينا فيما سبق كيف توجد خصائص معينة يكون وزن العوامل الوراثية فى تحديدها أكبر من وزن العوامل البيئية كالخصائص الفسيولوجية ، ونوع الجنس ، وخصائص البنية الجسمية - كالطول أو القصر - وفصيلة الدم ، ولون البشرة والعينين ، وهى تنتقل عن طريق الوراثة إلى الأجيال التالية . وأن هناك خصائص أو صفات أخرى متعلمة لا يمكن أن تورّث ، يكون وزن العوامل البيئية فى اكسابها وتحديدها أكبر من وزن العوامل الوراثية كالقيم والاتجاهات والميول والاهتمامات والمعايير الاجتماعية ، والعادات والصفات الخلقية ، وهى صفات أقرب إلى التغير والثبات النسبى - بفعل ظروف التنشئة والثقافة - منها إلى التحدد المسبق بفعل الفطرة والوراثة .

ومع ذلك فإن العوامل الوراثية لا تعمل كشىء مستقل أو منفصل تمام الانفصال عن العوامل والظروف البيئية ، وإنما تعمل هاتان المجموعتان من العوامل معاً فى علاقة تفاعلية ديناميكية منذ اللحظة الأولى لتكوين الجنين فى رحم الأم حتى ممات الفرد . فكل خاصية وراثية " تحتاج إلى بيئة تؤدى فيها وظيفتها ، وهذا الأداء يُحدث بدوره تغيراً فى البيئة ، وبذلك يكون الناتج النهائى محصلة لعملية تفاعلية ، تتحول فيها قوة ما إلى قوة أخرى ، وليس محصلة " لعملية إضافة تسهم فيها كل من الوراثة والبيئة بنسبة معينة . (محمد عماد الدين إسماعيل ، ١٩٨٩ : ٩٥)

ويبدو هذا التفاعل بين كل من الوراثة والبيئة واضحاً جلياً فى نمو الخصائص المزاجية للشخصية ، وكذلك الاستعدادات الكامنة لدى الفرد والتى يتوقف نموها ونضجها على ما

يصادفها من ظروف وعوامل بيئية ، ومن ثم يصبح الحديث عن تحديد نسبة مئوية معينة تخص تأثير الوراثة ، وأخرى تخص تأثير البيئة فى نمو هذه المجموعة من الخصائص أمراً لا معنى له .

وتبرهن نتائج تقارير ودراسات مختلفة ومتتابعة عمن أطلق عليهم بالأطفال الوحوش ، منذ جيىء إلى الطبيب الفرنسى مارك إتيارد Itard ١٧٩٩ بطفل عثر عليه وسط الحيوانات بغابة أفيرون ، وحتى دراسة زينج Zingg ١٩٤٠ التى شملت أربعين حالة من هؤلاء الأطفال ، على أن خصائص الشخصية والسلوك الاجتماعى ووظائفنا العقلية لا يمكن أن تبلغ مداها من النمو والنضج إلا فى بيئة إنسانية مواتية لهذا النضج . فهؤلاء الأطفال " الوحوش" فرض عليهم لسبب أو آخر أن يعيشوا حياتهم فى الأدغال أو وسط الحيوانات والوحوش بعيداً عن التجمعات البشرية أو البيئة الإنسانية ، ومن ثم اكتسبوا خصائص سلوكية على نحو ما لدى الحيوان .

فقد تبين فيما يشبه الاتفاق بين تقارير الباحثين بشأن هذه الحالات وقت العثور عليها أنها : تمشى على ركبتيها ويديها وليس على القدمين منتصبة القامة ، تعوى وتصيح عاجزة عن اللغة والكلام ، حادة السمع والإبصار والشم ، وتبصر بالليل أقوى مما ترى بالنهار ، وتشم رائحة الطعام من مسافات بعيدة ، ويفضل من نشأ منها مع حيوانات آكلة للحوم تناول اللحوم النيئة ، بينما يفضل من نشأ منها فى الأدغال أكل لحاء الأشجار والحشائش والأعشاب ، كما تبين أن هذه الحالات تتناول الطعام بطريقة الحيوان ، وتتحاشى بنى الإنسان مفضلة صحبة الحيوان ، وأنها عاجزة عن القيام بالعمليات العقلية كالتى تتضمن الانتباه والتذكر والحكم والاستدلال فيما عدا الانتباه لأهداف احتياجاتها البيولوجية ، وليس لديها إحساس بالخجل من العرى ،ولا تبدى سلوك البكاء أو الضحك ، كما أن التعبير عن الاهتمام الجنسى لديها إما يبدو منعدماً أو فى صورة نشاط عام منتشر غير موجه . (أناستازى وفولى ، ١٩٥٩ : ٢٣٩-٢٤٠) .

وتؤيد هذه النتائج أن تأثير البيئة لا ينحصر فى مجرد إكسابنا عاداتنا وتقاليدنا وصفاتنا الخلقية فحسب ، أو فى تزكية قيمنا واتجاهاتنا فقط ، وإنما يتخطى هذه الحدود ليسهم مع العوامل الوراثية فى تنمية خصائصنا المزاجية واستعداداتنا العقلية عموماً .

ومع أننا لا نستطيع الجزم بأن حالات هؤلاء الأطفال " الوحوش " كانت جميعاً فى المبتدأ متدنية أو عالية من حيث استعداداتها العقلية الموروثة ، إلا أن ذلك لا يحول دون توقعنا بأنها - على الأقل - كانت متباينة من حيث هذه الاستعدادات أصلاً ، وذلك بحكم تعددها وتباين خلفياتها الوالدية والعائلية . ومن ثم يثار السؤال التالى : لماذا تدهورت إذن استعداداتها جميعاً إلى هذا الحد ؟ وغالباً ما تكون الإجابة الصحيحة المحتملة على مثل هذا السؤال هى تأثير البيئة التى نشأ فيها هؤلاء الأطفال .

فالطفل الذى يولد مزوداً باستعداد عقلى وراثى ممتاز من حيث معدل الذكاء إذا ما نشأ فى ظروف بيئية متدنية الوضع الاجتماعى والثقافى والاقتصادى ، مشبعة بألوان الحرمان الحاسى والاجتماعى والحركى والتنبيهات العقلية ، ويتفشى فيها المرض والجهل ، قد يظل استعداده الموروث كامناً ، وأغلب الظن أن يتعرض للتدهور نظراً لانعدام فرص الاستثارة والتعليم والتنمية والتدريب اللازمة لتنشيط هذا الاستعداد وإنضاجه .

وما يقال عن الذكاء يقال أيضاً عن سائر استعداداتنا العقلية الأخرى ، واستعداداتنا لاكتساب اللغة والكلام وسلوكنا الاجتماعى ، وغيرها مما لا يتوقف فقط على ما نرثه وإنما على التفاعل بين ما لدى الفرد من استعداد وما يتاح له من ظروف بيئية إما تدفع بهذا الاستعداد الوراثى إلى الأمام ، أو تشوّهه وتعرقل نموه . وهكذا لا يمكننا فصل أثر البيئة عن أثر الوراثة فى بعض جوانب الشخصية .

الباب الرابع

في سيكلوجية الشخصية

الفصل التاسع: مفهوم الشخصية ونموها
الفصل العاشر: نظريات الشخصية.



بابلو بيكاسو "المرأة الباكية" ١٩٣٧



الفصل التاسع
فى مفهوم الشخصية ونموها

- فى تعريف الشخصية .
- نمو الشخصية .
- المبادئ العامة لنمو الشخصية .
  - النمو النفسجنسى
  - النمو النفس - اجتماعى
  - النمو المعرفى .
  - النمو الخلقى .



فى مفهوم الشخصية ونموها

عرضنا فى الباب السابق لأهم محددات السلوك والشخصية وأشرنا إلى العوامل الوراثية والبيئية والتفاعل فيما بينهما ، وإلى بعض الآثار المترتبة على ذلك فى سلوك الفرد والجوانب المختلفة من الشخصية فماذا نعنى بالشخصية ؟ وكيف تنمو وتتشكل ؟ وما أهم نظرياتها ؟ هذا هو ما سنحاول الإجابة عنه فى هذا الجزء .

فى تعريف الشخصية : Personality

يحتفظ كل منا بمجموعة من الأوصاف الإجمالية يستخدمها بطريقة تلقائية فى حياته اليومية عندما يُسأل عن رأيه فى شخص ما أو أشخاص بعينهم ، فيقول عن هذا أنه ذو شخصية لطيفة أو جذابة أو أنه ذو شخصية سمجة أو ثقيلة الظل ، ويقول عن ذاك إنه ذو شخصية قوية أو قيادية أو أنه ذو شخصية ضعيفة أو إمّعية ، ويقول عن شخص ثالث إنه ذو شخصية مراوغة أو ماكرة أو أنه ذو شخصية ورعة أو مستقيمة . وهذه الأوصاف العامة الدارجة للشخصيات نبلورها بأساليب متعددة تتفاوت فيما بينها من حيث مدى عمقها وموضوعيتها ، ودرجة كفايتها ، ومدى فهمنا وتفسيرنا للسلوك الإنسانى ، فالرجل العادى ربما استمد انطباعه العام عن شخص ما من معايشته الطويلة له ، أو من التعامل معه فى موقف أو عدة مواقف رسمية ، أو من مجرد لقاء عابر به ، إلا أن هذا الانطباع يختلف عن مفهوم الشخصية وتعريفها لدى عالم النفس الذى يعتمد فى تحديده له على الملاحظة العلمية الموضوعية للكيفية التى تنتظم بها الوظائف السيكولوجية المختلفة للفرد ، وتعطيه بناء متكاملاً مميزاً يوجه سلوكه ، ويحدد طريقته فى التوافق مع بيئته فى وقت محدد .

وتعد الشخصية محور الاهتمام بالنسبة لعلم الصحة النفسية ، فهى نقطة البدء وقاية وتشخيصاً وعلاجاً ، كما أنها نقطة الانتهاء ، ذلك أن الشخصية المتوازنة المتكاملة الإيجابية أو الشخصية السليمة هى الغاية التى نصبو إليها ونسعى إلى وجودها .

وقد اشتق مصطلح " شخصية Personality " من لفظ Persona فى اللاتينية القديمة

ويعني القناع ، كما ارتبط القناع بالمسرح اليوناني والروماني القديم لاعتياد الممثلين ارتداء أقنعة على وجوههم أثناء التمثيل كي يعطوا انطباعاً أقرب إلى الواقعية عن الشخصيات التي يقومون بأداء أدوار أصحابها ، ولإخفاء ملامح شخصياتهم الحقيقية عن الجمهور في الوقت ذاته . وهكذا ينظر إلى الشخصية من زاويتين إحداهما الدور الذي يلعبه الشخص أو ما يعطيه القناع من انطباعات عنه ، والأخرى كقناع يخفي وراءه الشخص الحقيقي .

وقد تعددت تعريفات الشخصية في علم النفس ، واختلفت هذه التعريفات من حيث مدى شمولها ودرجة تحديدها وإجرائيتها أو مدى قابلية المفاهيم المتضمنة فيها للملاحظة الموضوعية ، ويمكن حصر تلك التعريفات في الفئات التالية :

١- تعريف الشخصية كمثير Stimulus

وتتحدد الشخصية من وجهة نظر أصحاب هذه التعريفات وفقاً للمظهر الخارجي ومقدرتها على التأثير في الآخرين . ومن أمثلة هذه التعريفات ما أورده روس ستاجنر (Stagner, 1961 :4) من أن الشخصية هي " تأثيرك على الآخرين " وما قال به فلمنج Flemming من أن الشخصية هي " مجموعة الأفعال التي تؤثر في الآخرين بمعنى الهالة الاجتماعية للفرد "

ويؤخذ على أمثال هذه التعريفات أنها تقتطع من الشخصية تلك النواحي أو الجوانب التي تتعلق بحيويتها ومقدرتها على التأثير في الآخرين وتغفل ماعدا ذلك من نواح أخرى في الشخصية كتنظيم بداخل الفرد ذاته بصرف النظر عن ملاحظات الناس السطحية أو الخارجية له ، وهذا الأمر يخضع فهمنا للشخصية لاعتبارات السمعة والشائعات والتقديرات المضللة والخاطئة ، وحيث إن الفرد - من ناحية أخرى - يترك تأثيرات وانطباعات تتعدد باختلاف من يتعامل أو يتفاعل معهم ، فسوف يكون له عدد غير محدود من التأثيرات ومن ثم الشخصيات ، وعلى ذلك تنتفي عنه خاصية الثبات النسبي التي يفترض أن يتميز بها الفرد ، كما يضع صعوبات جمة أمام الباحثين في الحكم على الشخصية بمفهومها المتكامل .

٢- تعريف الشخصية كاستجابة Response .

ذهب آخرون على العكس من أصحاب التعريف السابق إلى النظر للشخصية كاستجابة أو على أساس السلوك الذى تستجيب به فى المواقف المختلفة . ومن أمثلة هذه التعريفات ما طرحه فلويد ألبورت من أن الشخصية هى " استجابات الفرد المميزة للمنبهات الاجتماعية ، وكيفية توافقه مع المظاهر الاجتماعية فى البيئة " وما قدمه جاثرى من أن الشخصية هى تلك " العادات وأنظمتها ذات الأهمية الاجتماعية التى تتسم بالثبات ومقاومة التغير " .

ويؤخذ على هذه الفئة من التعريفات مآخذ أخرى من بينها أنها تقصر مفهوم الشخصية على ما يبديه الفرد من استجابات خلال تفاعله مع المثيرات من حوله ، وتغفل ما قد يتمتع به من الصفات أو الخصائص أو النواحى الأخرى التى قد لا تنعكس بالضرورة خلال استجاباته للمثيرات . كما أن الفرد ذاته ربما يبدى استجابات مختلفة عندما يواجه المثير نفسه مرات مختلفة (اختلاف الاستجابات مع ثبات المثير) أو العكس (ثبات الاستجابة رغم تغير المثيرات) وقد يستجيب شخصان استجابة واحدة لمثير بعينه ولكن لأسباب متباينة تماماً ، وتتداخل فى ذلك كله عوامل عديدة : كالحالة الانفعالية للفرد وخبراته السابقة ودوافعه واحتياجاته وإدراكه للموقف وغيرها . ومن ثم فإنه قد يستحيل الوصول إلى حكم محدد موضوعى على الشخصية فى إطار هذه الفئة من التعريفات التى تشترك مع سابقتها فى مجرد التأكيد على المظهر السطحى الظاهرى للشخصية .

٣- تعريف الشخصية كمتغير وسيط أو تكوين افتراضى داخلى بين المثيرات والاستجابات :

تلافياً لعيوب التعريفات سالفة الذكر نظر بعض العلماء إلى الشخصية باعتبارها تكويناً افتراضياً - أو تنظيماً داخلياً ديناميا متكاملاً يتوسط المثيرات التى يتعرض لها والاستجابات التى يصدرها - ويمكن الاستدلال على هذا التكوين الافتراضى Hypothitical Construct أو التنظيم الداخلى عن طريق سلوكيات قابلة للملاحظة الموضوعية . ويشير جابر عبد الحميد (١٩٨٦: ٢٦٠) إلى أن الاستجابة النهائية للفرد - سلوكه - هى وظيفة لكل من المثير والفرد نفسه ، وإلى أن هناك متغيرات بين

المثير والاستجابة تؤثر فى طبيعة نمط السلوك النهائى منها ذكاء الفرد ودوافعه لحظة الاستجابة ، وخبراته الماضية بالمثير ، واتجاهاته نحو الموقف الذى ظهر فيه المثير .

وتعد تلك المتغيرات الوسيطة بين المثير الذى يتعرض له الفرد والناتج السلوكى أو الاستجابة النهائية التى يصدرها من أبرز العناصر المفقودة فى الفئتين السابقتين من تعريفات الشخصية .

ومن أمثلة تعريفات الشخصية كمتغير وسيط أو تنظيم داخلى تعريف جوردون ألبورت (Allport, 1961 : 28-29) للشخصية بأنها " التنظيم الدينامى داخل الفرد لجميع أجهزته النفسجسمية الذى يملى على الفرد طابعه الخاص والمميز فى السلوك والفكر " أما أيزنك (Eysenk, 1970) فيعرف الشخصية بأنها " التنظيم الأكثر أو الأقل ثباتاً واستمرارا لخلق الفرد ومزاجه وعقله وجسمه ، والذى يحدد توافقه المميز للبيئة التى يعيش فيها " كما يعرف جيمس دريفر (Drever, 1974) الشخصية فى قاموسه علم النفس بأنها "التنظيم المتكامل الدينامى للخصائص الفيزيقية والعقلية والخلقية والاجتماعية للفرد ، كما يعبر عن نفسه أمام الآخرين فى مظاهر الأخذ والعطاء فى الحياة الاجتماعية ... ويظهر فى علاقاته ببيئته الاجتماعية " .

ويناقش جوردون ألبورت ما ورد بتعريفه من مفاهيم أساسية قد نلاحظ أنها تتلاقى بشكل أو آخر مع ما ورد فى تعريفى أيزنك ودريفر كما يلى :

أ - إن الشخصية " تنظيم دينامى " فالمسألة الأساسية فى علم النفس هى التنظيم العقلى ، بمعنى تكوين أنماط أو أنظمة متسلسلة من الأفكار والعادات التى توجه النشاط بصورة دينامية ، فالتكامل والعمليات التنظيمية الأخرى تعد أساسية لأنها المسئولة عن نمو وبناء الشخصية . ويتضمن التنظيم أيضاً العملية العكسية المتمثلة فى اختلال التنظيم لاسيما فى الشخصيات الشاذة التى تتميز بالاختلال الشديد الملحوظ فى تكاملها .

ب- إن الشخصية تنظيم دينامى داخل الفرد لجميع " أجهزته النفسجسمية " ويعنى الجهاز مجموعة معقدة من العناصر ذات التفاعل المتبادل ، فالعادة جهاز أو نظام ، وكذلك

العاطفة والسمة والفكرة وأسلوب التصرف ، وهى كامنة فى الكائن الحى حتى لو لم تكن نشطة . كما يشير معنى " النفسجسمية " فى التعريف إلى أن تنظيم الشخصية يتضمن كل من العقل والجسم فى تكامل ووحدة لا يمكن فصمها .

وقد تضمن تعريفا أيزنك ودريفر ما يشير إلى تكامل تلك الخصائص فى تنظيم الشخصية حيث أشار دريفر إلى كل من " الخصائص الفيزيقية والعقلية والخلقية والاجتماعية " على حين عنى ايزنك بالخلق كتنظيم للسلوك النزوعى ، والمزاج كتنظيم للسلوك الانفعالى ، والعقل كتنظيم للسلوك المعرفى ، والجسم كتنظيم للتكوين البدنى والعصبى والغددى للفرد .

جـ- وتشير كلمات " تملى على الفرد " من التعريف إلى أن جميع الأجهزة المنضوية تحت لواء الشخصية يمكن النظر إليها كنزعات محددة ، فعندما تستثار يكون لها دور توجيهى لكل الأفعال ووجوه النشاط التعبيرية والتوافقية المميزة للشخصية .

د - ويشير مصطلح " طابعه الخاص و المميز " فى التعريف إلى أن كل سلوك وفكر هما مما يعد طابعاً مميزاً للفرد . وكذلك الأفعال والأفكار التى ربما تبدو فى الظاهر مشتركة بين الفرد وغيره من الناس هى فى حقيقتها فردية ومميزة . كما يشير إلى أن التنظيم الدينامى الخاص بشخصية كل فرد هو المسئول عن أسلوب توافقه الفريد مع بيئته .

هـ- " السلوك و الفكر " يشير هذان المصطلحان فى تعريف ألبورت إلى كل ما يمكن أن يفعله المرء ، والأصل فى كل ما يفعله هو تحقيق التوافق مع بيئته ، إلا أن تعريف الشخصية لا ينبغى أن يكون فى ضوء التوافق فحسب ، فنحن لا نتوافق مع بيئاتنا فقط وإنما نؤثر فيها ونسعى للسيطرة عليها والتحكم فيها ، والسلوك والفكر هما وسيلتنا إلى البقاء والنمو ، وهما أسلوبان للتوافق يستثاران عن طريق المواقف البيئية التى نوجد فيها ، كما أنهما يوجهان من قبل الأجهزة النفسجسمية التى تؤلف شخصياتنا وتشكلها .

نمو الشخصية

عنى بعض علماء النفس بوضع نماذج مختلفة لنمو الشخصية حيث تباينت هذه

النماذج من حيث الجوانب التى ركزت عليها تبعاً للتوجهات النظرية لواضعيها واهتماماتهم بنواحى محددة من الشخصية ، فمنهم من أكد على النمو النفسجنسى ، ومن أكد على النمو النفسى - اجتماعى ، ومنهم من عنى بالنمو المعرفى ، ومنهم أيضاً من أكد على النمو الخلقى ، ومنهم من ركز على نمو الذات . وقبل أن نعرض لهذه الجوانب من النمو نشير إلى المبادىء العامة للنمو .

المبادىء العامة لنمو الشخصية :

عرض فرج عبد القادر طه (١٩٩٤: ١٩٨-١٩٩) عدداً من المبادئ العامة لنمو الشخصية نلخصها فيما يلى :

١- إن تقسيم نمو الشخصية إلى مراحل زمنية ليس تقسيماً قاطعاً ، وإنما هو تقسيم اصطلاحى لغرض سهولة الفهم والدراسة ، فمراحل نمو الشخصية متتابعة ومتداخلة ، حيث تأخذ خصائص كل مرحلة نمو سابقة فى التخلى عن سيادتها تدريجياً لتحل محلها خصائص المرحلة التى تليها ، دون أن يكون هناك تحديد زمنى قاطع .

٢- إن بلوغ الشخصية مرحلة نمو معينة لا يعنى الاختفاء الكامل لجميع خصائص المراحل السابقة عليها ، إذ تستمر بعض بقايا من خصائص هذه المراحل فى مرحلة النمو الراهنة ، فالراشد السوى قد يلجأ إلى البكاء أو العويل فى بعض المواقف ، والراشد غير السوى يشتد لجوؤه إلى العويل والبكاء كمظهر من مظاهر اضطرابه النفسى .

٣- إن نمو الشخصية عملية دينامية مستمرة تتناول جوانب الشخصية المختلفة ككل متكامل ، وإن كان بعض هذه الجوانب أسرع فى نموه فى بعض المراحل الزمنية من جوانب أخرى . فالنمو الانفعالى - على سبيل المثال - أسرع من نمو الذكاء .

٤- إن نمو الشخصية ليس معناه زيادة أو إضافة بالنسبة لجميع جوانب الشخصية ، وإنما قد يعنى فى كثير من الحالات إضعاف أو حذف لبعض الجوانب أثناء عملية النمو . فحبو الطفل يختفى أو يكاد إذا ما أتقن تعلم المشى ، وتخيلاته وتوهماته تقل إلى درجة كبيرة كلما تقدم فى النمو . مما يعنى أن عملية النمو ليست إضافة كما أنها ليست حذفاً على طول الخط ، وإنما هى عملية متكاملة من الحذف والإضافة أو الزيادة

فى بعض الخصائص حسب طبيعة كل خاصية ووظيفتها ومدى حاجة النمو إلى تواجدها أو حذفها ، إلى زيادتها أو نقصانها ، حتى تبلغ الشخصية أعلى درجة من النضج والكفاءة .

٥- إن نمو الشخصية فى أساسه عملية تمايز فى خصائصها ، وهو ما يؤدى فى نهاية الأمر إلى زيادة عدد هذه الخصائص ووضوحها أكثر ، ومن ثم تتميز الشخصية عن غيرها من بقية الشخصيات بالنسبة للخصائص المعينة كلما ازدادت نمواً . فعلى سبيل المثال يكاد يتشابه أغلب الأطفال المولودين حديثاً فى انفعالاتهم وتصرفاتهم وإمكاناتهم ، ومع تقدمهم فى العمر يأخذ كل منهم فى التميز الواضح عن زملائه فى الخصائص السابقة . (فرج عبد القادر طه ، ١٩٩٤ : ١٩٨-١٩٩)

أولاً : النمو النفسجنسى Psycho - Sexual

شملت نظرية التحليل النفسى الكلاسيكية لسيجموند فرويد (١٨٥٦- ١٩٣٩) نموذجاً لمراحل النمو النفسجسمى من منظور دينامى ، حيث رأى فى هذا النموذج أن ذلك الجانب من نمو الشخصية يتخذ سلسلة متتابعة من المراحل منذ ميلاد الطفل حتى مرحلة البلوغ . ويغلب عليه أن يكون نرجسياً نشطاً خلال المراحل الثلاث الأولى (ما قبل التناسلية) حتى سن الخامسة ، ثم يركن إلى السكون لست أو سبع سنوات يعقبها نشاط دينامى غيرى فى المرحلة التناسلية .



سيجموند فرويد

ويعد مفهوم الطاقة النفسية (الليبيدو Libido) * حجر الزاوية فى نموذج النمو

* درج البعض على استخدام Libido بالمعنى الضيق للطاقة الجنسية دون غيرها تأسيساً على تناولات فرويد المبكرة لهذا المصطلح . إلا أنه آثر فيما بعد أن يستخدم المصطلح بمعنى غرائز الحياة (إيروس Eros) ثم بمعنى الطاقة النفسية عموماً ليحيط بكل من الطاقات البناءة " غرائز الحياة " والطاقات الهدامة "غرائز الموت" . (راجع لمزيد من التفصيل : كمال دسوقى ، ١٩٩٠ : ٧٨٥-٧٨٦) .

النفسجنسي عند فرويد ، ويختلف هذا المفهوم لديه - حتى بمعنى الطاقة الجنسية - عما اصطلحنا عليه في لغتنا الدارجة ، فهو يشمل الطاقة التي تدخل في كل ما تتضمنه كلمة " حب " ولا ينفصل عن معناه الجنسي ما يتضمنه الحب من حب للذات وحب الوالدين والصداقة وحب الإنسانية والموضوعات العينية والأفكار المجردة (سامي محمد علي ، ١٩٧٠ : ١٠٦) كما يشمل كل الوجدانات التي تدفع بالفرد إلى الشعور باللذة وتجنب الألم عن طريق استثارة المناطق الشبقية * في الجسم Erogenous Zones .

وقد رأى فرويد أن المرء خلال حياته يمر بمراحل نمو نفسجنسية معينة تتطور تبعاً للسن وباختلاف المناطق الشبقية التي تجلب شعوراً باللذة . كما رأى أيضاً أن إعاقة النمو في أية مرحلة يؤدي بالفرد إلى عدم النضج والتثبيت الغريزي Fixation على هذه المرحلة والكبت ، ومن ثم النكوص " الارتداد " إلى ممارسة بعض الخصائص السلوكية واستعادة بعض السمات والميول والاتجاهات التي كانت سائدة في تلك المرحلة في مستقبل الأيام وذلك للحصول على الإشباع وخفض التوتر ، " وتلعب عودة المكبوت هذه دوراً رئيساً في تكوين الأمراض العصابية والانحرافات ، ومن أمثلة ذلك عودة الميول الفمية السادية في ذهان الهوس الاكتئابي ، والميول السادية الشرجية في العصاب الوسواسي " (دانييل لاجاش ، ١٩٧٩ : ٥٤) .

وقد اقترح فرويد المراحل التالية لنمو الشخصية :

١- المرحلة الفمية : Oral Stage وتستغرق العام الأول من عمر الطفل حيث يتمركز مصدر الإشباع الليبيدي والشعور باللذة في منطقة الفم ، ويتحقق هذا الإشباع عن طريق المص سواء لثدي الأم (إشباع خارجي) أو لأصبع يده أو قدمه (إشباع ذاتي) خاصة خلال فترات توتره وحرمانه فيلجأ إلى جسمه لتحقيق إشباعه ومن ثم خفض توتره . وربما يتحقق هذا الإشباع أيضاً عن طريق العض بدلاً من المص لا سيما في نهاية العام الأول ونتيجة للتوتر الناجم عن التسنين . ومن ثم يقع الطفل في صراع ما بين الحصول على طعامه عن طريق المص ورغبته في العض ، وما ينجم عن ذلك من ضرب أو حرمان من الطعام . وهكذا يبدأ ما يسمى بالتناقض الوجداني Ambivalence لدى الطفل حيث تصبح الأم موضوعاً للحب والكراهية في

* المنطقة الشبقية هي أي جزء من جسم الإنسان يمكن أن تستثير فيه شعوراً بالإشباع الليبيدي أو اللذة الشهوانية وتشمل من وجهة نظر فرويد الفم والشرج والأعضاء التناسلية .

الوقت نفسه . وقد يحدث تثبيت للطفل عند هذه المرحلة خاصة إذا ما كان نظام تغذيته يشعره بالإحباط الشديد (كأن تنهى الأم عملية الرضاعة سريعاً دون أن يتحقق الإشباع الكامل) ، أو بالمتعة الشديدة (كأن يُترك الطفل يرضع - وعلى راحته - لفترات طويلة) مما يؤدى فى النهاية إلى شخصية اتكالية معتمدة على الغير أو العودة إلى الميول الفمية السادية فى صورة بعض الاضطرابات النفسية مثلاً .

٢- المرحلة الاستية (الشرجية) : Anal Stage وهى تمتد من سن سنتين إلى ثلاث سنوات ، حيث يتمركز مصدر الإشباع الليبيدى والشعور باللذة فى المنطقة الإستية ، ومن خلال عملية طرد الفضلات (التبرز) وتهيج الغشاء المخاطى الشرجى . ويترتب على الطريقة التى تُدرَّب بها الطفل على ضبط عملية الإخراج ، ومقدرته على التلبية ، وما قد يصاحب ذلك من قلق وصراع بين " الاحتفاظ " أو " الطرد " تأثيرات بعيدة المدى على شخصيته مستقبلاً ، حيث تعد عملية التدريب هذه بمثابة مركز الصراع فى تلك المرحلة ، فالشدة والصرامة واستخدام القسوة قد تؤدى بالطفل إلى القبض والإمساك على فضلاته (حيث يجد لذة فى الاحتفاظ) وربما يؤدى التثبيت فى تلك الحالة بالطفل إلى إنماء شخصية عنادية شحيحة متشددة صارمة ومفرطة فى النظام ، أما التهاون الشديد مع الطفل أو المبالغة فى التودد إليه لإخراج فضلاته والإسراف فى مديحه عندما يقوم بذلك (حيث يجد اللذة فى الطرد) قد يؤدى إلى شخصية مهملة لا مبالية . ويلمح كل من هول ولينذزى (١٩٧٨ : ٧٧) إلى أن العديد من سمات أخرى للشخصية ترجع جذورها إلى المرحلة الشرجية .

٣- المرحلة القضيبية : Phallic Stage فى العامين الرابع والخامس يكتشف الطفل منطقة شبقية أخرى يستمد منها إشباعه ومن ثم لذته عن طريق العبث بها وهى منطقة الأعضاء التناسلية . وأكثر ما يميز هذه المرحلة من وجهة نظر فرويد هو انجذاب الطفل إلى الوالد الآخر المغاير لنوع جنسه والرغبة فى امتلاكه ، وفى الوقت ذاته الشعور بالحسد والكراهية تجاه الوالد الذى هو من نوع جنسه والرغبة فى استبعاده . فالصبى ينجذب إلى أمه (شحنة جنسية) ويرغب فى استبعاد أبيه (شحنة عدوانية) ويطلق على ذلك عقدة " أوديب " عند الولد ، بينما يحدث العكس بالنسبة للأنثى حيث تنجذب نحو أبيها وترغب فى استبعاد أمها ، ويطلق على حالتها " عقدة إلكترا " . وهاتان العقدتان هما محور الصراع فى تلك المرحلة .

وقد أطلق فرويد على هذا الموقف لدى الصبى والأنثى الصراع الأوديبى* Oedi-pus Conflict حيث يتذبذب الطفل بين مشاعر وأفعال دالة على الانجذاب والحب من ناحية ، ومشاعر وأفعال أخرى دالة على التمرد والثورة والعدائية تجاه والديه فى ذات الوقت . ومن المعلوم أن الطفل - ذكراً أم أنثى - يحب أمه فى البداية لكونها مصدر الإشباع بالنسبة له ، وينقم على الأب لكونه غريماً فى حبها ، إلا أن هذه المشاعر تبقى وتتطور لدى الصبى بينما تتغير لدى البنت لأسباب مختلفة .

فالصبى يشعر أن الأب أقوى منه بكثير وأكبر ، يشبهه فى الجنس فيرضيه ذلك ويسعده ، لكنه يزاحمه فى حب الأم - وقد يحظى باهتمامها الأكبر من وجهة نظره - فيؤلمه ذلك ، ومن ثم يشعر بمنافسة الأب ومزاحمته له وبالغيرة منه . وهنا ينشأ لديه ما يسمى بتناقض المشاعر والوجدانات (ازدواجيتها أو ثنائيتها) فهو راغب فى الاستئثار وحده بحب أمه ومن ثم فهو يرغب فى استبعاد الأب ، إلا أن مشابهته له تشعره بالرضا والسرور ، ويفترض فرويد أن خوف الصبى من أن يوقع أبيه الأذى بأعضائه التناسلية - استئصالها أو خصائها وهو ما يسمى " بحصر الخصاء Castra-tion Anxiety " - يؤدى إلى كبت كل من اشتهائه الأم ورغبته فى تملكها بلا شريك وكذلك عدوانه نحو الأب ولعل مما يساعد على ذلك " التعيين الذاتى " أو التوحد بالأب ، وتحويل الطفل مشاعره الخطرة نحو الأم إلى مشاعر حانية رقيقة .

أما الأنثى فإن عقدتها المقابلة تسمى " عقدة إلكترا" ** حيث تغيِّر موضوع حبها الأصلى (الأم) بموضوع آخر هو الأب ، ذلك أنها تشعر بخيبة أمل عندما تكتشف أن الصبى يمتلك عضواً جنسياً مرغوباً أكثر لكنها لا تملكه ، بل وتدعى أنها كانت تملكه ثم أخصيت ، وأن الأم هى المسئولة عن حالة الخصاء هذه ، فضلاً عن أن

* استمد فرويد تسميته عقدة أوديب من أوديب بطل إحدى الأساطير الإغريقية لسوفوكل فى القرن الخامس ق . م . وكان طفلاً للملك لايوس وتنبأ المنجمون أن هذا الطفل سيقتل أباه عندما يكبر ، لذا أرسل الملك من يقتلون الطفل بعيداً ، إلا أن قلوبهم رقّت لحاله فتركوه حياً ، فلما كبر عاد ليغزو طيبة فدخلها وقتل ملكها دون أن يعرف أنه أبيه ، ثم تزوج من مليكتها " جوكاستا " دون أن يعرف كذلك أنها أمه ، ولما علم الحقيقة ممن أرسلوا لقتله فى الماضى حاول التكفير عن خطيئته ففقأ عينيه وعاش أعمى . وقد استعان فرويد بهذه الأسطورة ليعبر عن المشاعر المتناقضة التى تنشأ عند الطفل نحو والديه فى سنى عمره الأولى وما يكابده من جراء ذلك .

** اسمها مستمد أيضاً من أسطورة اغريقية قديمة تزعم أن اليكترا كانت تحب أباها " أجا ممنون " وأنها انتقمت له من أمها " كليمنسترا " التى قتلته لتتزوج من أحد أقاربه .

الأم تنافسها في حب الأب ومن ثم يتناقص حبها للأم وتزيد مشاعرها العدائية نحوها ، بينما تتوجه بحبها نحو أبيها مع مشاعر ممتزجة بالحسد لامتلاكه عضواً تفتقد هي إليه ويطلق على ذلك " حسد القضيب " Peins Envy ، ويستمر هذا الحسد لفترة أطول كما يستمر تمردها على الأم لفترة المراهقة ثم يتعدل هذا الاتجاه تدريجياً بكبت مشاعر العداء نحو الأم وتقمص شخصيتها . وكما يولد " حسد القضيب " لدى البنات عقدة إلكترا ، فإن " حصر الخصاء" يولد لدى الذكور عقدة أوديب .

ويشير فرويد إلى أن كبت المشاعر المتناقضة نحو الوالدين لدى كل من الولد والبنت (عقدتا أوديب وإلكترا) يقودهما في النهاية إلى أرقى مراحل تطور نظم الشخصية وهو الأنا الأعلى الذى يمثل القيم العليا والمعايير الأخلاقية ، ويقف سداً منيعاً حيال الرغبات الشهوانية والمحرمة .

ويزعم فرويد أن مدى نجاح الطفل أو فشله في مواجهة الصراع الأوديبي تكون له آثار عميقة نحو شخصيته في المستقبل ، إذ تؤثر على اتجاهاته كمراهق نحو الجنس الآخر ونحو السلطة وقد تؤدى به إلى الاضطراب النفسي . فتغلب الصبي على الصراع يساعده على التخلص من مشاعره الشهوية نحو الأم وإنماء مشاعر رقيقة لاخطر منها نحوها . كما يعينه على العودة إلى التوحد مع شخصية الأب وبالتالى ممارسة دوره الذكورى السوى .

ويرى فرويد أنه يعقب المرحلة القضيبية مرحلة أخرى هي مرحلة الكمون Latency Stage وهي تبدأ من السادسة وتستمر إلى أوائل سن البلوغ ويضعف خلالها الحافز الغريزى الجنسي ويركن إلى السكون لست أو سبع سنوات حيث يتخذ الطفل من المبادىء والمعايير الأخلاقية سدوداً في مواجهة غرائزه ، وينشغل بممارسة أنشطة مختلفة وتعلم مهارات جديدة ، أى أنه يتوجه باهتمامه نحو البيئة بدلاً من الانشغال النرجسي بالاهتمامات الجنسية .

٤- المرحلة التناسلية : Genital Stage وتستغرق مرحلة المراهقة وما بعدها ، وقد لاحظنا على المراحل السابقة أن الطفل كان يغلب عليه الطابع النرجسي (عشق الذات) بمعنى أنه يحصل على اللذة من استثارة واستخدام بعض أعضاء جسمه . إلا أنه مع مطالع

المراهقة - الحادية أو الثانية عشرة تقريباً - تبدأ مرحلة الجنسية الغيرية ووظيفتها البيولوجية الأساسية هى التكاثر ، حيث تلتمس الطاقة الجنسية أهدافاً وموضوعات خارجية لبلوغ هدفها وهو النمو الجنسى العضوى . ويذكر هول وليندزى (١٩٧٨: ٨٠) أن المراهق يشرع فى حب الآخرين تحدوه دوافع الإيثار وليس مجرد أسباب نرجسية ، كما أن دوافع من مثل الجاذبية الجنسية والتنشئة الاجتماعية والتخطيط المهنى والتأهب للزواج وتكوين أسرة تأخذ فى الظهور . وفى نهاية المراهقة يتحول الشخص من طلب اللذة والنرجسية الطفيلية إلى راشد يستهدف الواقع ويتمثل المجتمع.

وهكذا أكد فرويد فى نموذجه السابق على أهمية الخبرات الطفولية المبكرة فى نمو الشخصية ، وما قد يصاحبها من إفراط أو تفريط فى إشباع احتياجاتها الطبيعية ، وما يمكن أن يؤدى إليه ذلك من تثبيت ثم أنماط سلوكية نكوصية فى مقتبل العمل وبعد فوات وقتها الطبيعى تلازم عديداً من الانحرافات والاضطرابات النفسية . ولعله مما يؤخذ على هذا النموذج تأكيد فرويد المبالغ فيه على النواحى الجنسية وإغفاله الاعتبارات الثقافية والاجتماعية ، واستقاء معظم الملاحظات فى نظريته التحليلية عموماً من الملاحظات الاكلينيكية والتأملات الشخصية لحالات محدودة من المرضى وليس الأفراد العاديين .

ثانياً : النمو النفسى - اجتماعى Psychosocial



إريك إريكسون

سبقت الإشارة بإيجاز فى الفصل الثانى من هذا الكتاب إلى ما ذكره إريك إريكسون Erikson - وهو أحد المحللين النفسيين المحدثين ممن طوّروا فى نظرية فرويد الكلاسيكية وأضافوا إليها - من مظاهر للصحة النفسية . فقد توجه بجهوده فى نموذجه للنمو النفسى - اجتماعى إلى تحديد خصائص الشخصية السليمة من منظور نفسى دينامى ولكن مع التأكيد على النمو النفسى عبر مراحل العمر المختلفة فى علاقته بالوسط أو البيئة الاجتماعية ، وذلك على العكس من فرويد الذى عنى بالحالات المرضية ، وتناول النمو النفسى كمظهر للنمو العضوى - الجنسى خاصة - خلال مراحل الطفولة .

وقد رأى إريكسون أن الشخصية تنمو مروراً بثمانى مراحل تعد كل منها نقطة تحول تثير نوعاً من المواجهة مع البيئة أو معضلة أو أزمة معينة تستلزم الحل إما بشكل إيجابى يقود إلى الصحة النفسية والانتقال للمرحلة التالية بسلام ويؤدى إلى استمرار عملية النمو ، أو بشكل سلبى يقود إلى سوء التوافق ، ويؤثر سلبياً على نمو الفرد فى المرحلة التى تليها .

وهذه المراحل الثمان هى :

١- المرحلة الفمية الحسية : وتمتد من الميلاد حتى السنة الثانية تقريباً ، وهى تقابل المرحلة الفمية فى نموذج فرويد . ويواجه فيها الطفل صراعاً بين الإحساس بالثقة وعدم الثقة ، كما تتمثل المواجهة مع البيئة خلالها فى عمليتى التغذية والفطام ونظامهما . فإذا ما استشعر الطفل المحبة والحنان ، والود والدفء والراحة فى علاقته بأمه أثناء هاتين العمليتين وإشباع احتياجاته سوف ينمى الشعور بالثقة ، وعندما يستشعر المعاملة السيئة فإنه سوف ينمى عدم الثقة (مخاوف وشكوك وتوتر) .

٢- المرحلة الشرجية العضلية : (٢ - ٣ سنوات) وهى توازى المرحلة الشرجية عند فرويد ، ويواجه فيها الطفل صراعاً بين الشعور بالاستقلال الذاتى من ناحية والشك والخجل من ناحية أخرى . فالطفل الذى يجد معاملة حسنة من والديه ويشجع على الضبط والتحكم سيشعر بالاستقلالية على العكس مما لو استُعْجِل أو أهمِل أو حُرِم من تنمية مهارات ضبط عادات الإخراج حيث يشعر عندئذ بالشك والخجل والشعور بالعار .

٣- المرحلة الحركية التناسلية الطفلية : (٣ - ٦سنوات) وتقابل المرحلة القضيبية فى نموذج فرويد ، وينتاب فيها الطفل صراع بين الإحساس بالمبادأة والشعور بالذنب ، وتكمن المواجهة مع البيئة خلال هذه المرحلة فى مدى تشجيع الطفل على اكتساب المهارات الأساسية فى الجرى والقفز والتسلق واستخدام اللغة واللعب الإيهامى والتخيل والتعاون وغيرها مما يمكنه من اقتحام Intrusion البيئة ، فإذا ما قبل الوالدان هذا الدور النشط للطفل وشجعاه عليه سينمو لديه الشعور بالمبادأة ، أما إذا حدث العكس وأعيق الطفل وعوقب أو أشعر بأن مثل هذه الأنشطة خاطئة وغير مرغوبة فسينمو لديه الشعور بالذنب أو الإثم .

٤- مرحلة الكمون (٥ - ٦ سنوات) وتتمثل أزمتها أو الصراع أثنا ءها بين الشعور بالحيوية والإنجاز من ناحية والشعور بالنقص من ناحية أخرى. حيث يبدأ الطفل خلال هذه المرحلة التعلم المدرسى والمشاركة فى النشاطات الرسمية، وإذا ما شعر بالكفاءة المهارية والتحصيلية ينمو لديه إحساس بالإنتاجية أو الحيوية والإنجاز، بينما ينمو لديه شعور بالنقص والدونية إذا تبين أنه أقل كفاءة من أقرانه.

٥- مرحلة البلوغ والمراهقة (١٢ - ١٨ سنة): وتقابل المرحلة التناسلية فى نموذج فرويد، وتتمثل المواجهة خلالها مع البيئة (الأسرة والمدرسة وجماعة الأقران والقيادات) فى محاولة المراهق الوصول إلى تحديد لهويته (من أنا ؟ ماذا أكون ؟ وكيف أكون ؟ ...) وأن يفهم ذاته ويكوِّنُها. وبالتالى فإن الصراع هنا يكون بين الإحساس بالهوية ووضوح الدور، وغموض الهوية وخلط الأدوار، فالمراهق الذى اكتسب من خلال المراحل السابقة شعوراً بالثقة والاستقلالية والمبادأة والإنتاجية غالباً ما يتبنى أدواراً إيجابية ويبلور إحساساً واضحاً بالهوية ويعى بذاته فى علاقاتها بالآخرين، على العكس من آخرين يتعرضون لعديد من مظاهر اضطراب الهوية؛ كالمبالغة فى تقمص نماذج معينة من الشخصيات واللجوء إلى العنف والعصيان والتمرد والجنوح.

٦- مرحلة الرشد المبكر (١٨ - ٢٥ سنة) وتتمثل أزمتها فى تعلم الألفة والاختلاط بالناس والتكامل معهم مقابل الاعتزال. ويشير إريكسون أن النجاح فى تحديد الهوية يقود الراشد إلى عقد العلاقات والروابط الاجتماعية التى قوامها الاهتمام المتبادل والمشاركة، والتى يمكن أن تقوم على أساسها الصداقات المتينة والزواج الناجح، بينما يؤدى الفشل فى تحديد الهوية إلى الميل إلى العزلة وعلاقات اجتماعية محدودة تعوزها التلقائية والحميمية.

٧- مرحلة الرشد (٢٥ - ٥٠ سنة): وهى مرحلة ممارسة المهنة ودور الزوج والأب، ويتطلب النمو النفسى السليم خلال هذه المرحلة تعلم الفرد النامى العطاء والإنتاجية فى محيط أسرته وعمله ومجتمعه، فهو يعطى للآخرين ويؤثرهم على نفسه برضى وسعادة، بينما يؤدى الفشل فى تحقيق ذلك إلى شعور الفرد بالجدب والجمود والركود، ونزوعه إلى الأنانية والانشغال بالذات، وربما اللجوء إلى أساليب تعويضية.

٨- تمام النضج (مافوق الخمسين عاماً) : ويتوقف حل الصراع فيها - ما بين تكامل الشخصية (الأنا) والشعور باليأس - على محصلة حلول الأزمات السابقة ، فالذين عبروا هذه الأزمات بسلام يشعرون بالقناعة والرضا وتكامل الشخصية ، أما أولئك الذين لا يجدون فى ماضيهم معنى ولا دوراً محددا مشبعا فى حياتهم ، وتؤرقهم أحاسيس الذنب والدونية ، فإنهم سيشعرون باليأس والقنوط .

ويستخلص مما سبق تأكيد إريكسون على أهمية التفاعل الاجتماعى والعلاقات المتبادلة بين الفرد النامى والقائمين على رعايته فى البيئة الاجتماعية ، وعلى التوقعات التى يطورّها هذا الفرد فى كل مرحلة من مراحل نموه النفسى - الاجتماعى عن نمط الرعاية والإشباع ، وما يترتب على ذلك من معضلات وصراعات يؤدى النجاح فى حلها إلى اضطراد نموه فى المرحلة التالية ، كما يلاحظ أن نموذج إريكسون قد غطى جميع مراحل حياة الفرد منذ طفولته الباكرة حتى تمام نضجه ولم يتوقف عند مرحلة المراهقة فحسب .

ثالثاً : النمو المعرفى Cognitive



چان بياچيه

عكف عالم النفس السويسرى چان بياچيه Jean Piaget (١٨٩٦ - ١٩٨٠) سنوات طويلة لمحاولة فهم الاختلافات الكيفية بين تفكير الأطفال والراشدين معتمدا فى دراساته على المنهج الاكلينيكى القائم على الملاحظة المنظمة للسلوك ، والحوار ، والقيام ببعض المهام الأدائية . وقد رأى أن الأطفال لا يفكرون بدرجة أقل من الكبار وإنما بطريقة مختلفة . وأن " وجه الاختلاف الأساسى بين عقول الأطفال والراشدين يكمن فى عدد المفردات المخزونة فيها ... وأنه لكى يفهم العالم عملية التفكير يجب عليه اكتشاف ما يستمده الأفراد من خبراتهم ، وما يضيفونه إليها ، وبمعنى آخر ما يقومون " ببنائه " ... وتوصل إلى أنه كلما نما الأطفال تطورت قدراتهم على التفسير والبناء Construct من خلال عدد من المراحل إلى أن تصل قدراتهم العقلية إلى مستوى الراشدين " . (ليندا دافيدوف ، ١٩٨٨ : ٣٨٥) .

ورأى بياجيه أن كلا من التنظيم Organization والتكيف Adaptation وظيفتان فطريتان موروثتان ملازمتان للفرد منذ ولادته . فالتنظيم يعنى النزعة أو الميل إلى دمج العمليات العقلية أو الوحدات فى أنظمة لتعمل معاً على نحو متناسق متكامل ، كأن يجمع الطفل مثلاً بين مهارتى النظر والقبض على الأشياء اللتين تتطوران إلى مهارة أكثر تعقيداً وصعوبة فيما بعد وهى الالتقاط . أما التكيف فهو يمثل نزعة الكائن العضوى إلى التآلف والتعايش مع البيئة بما يحفظ له البقاء والتعديل فى البيئة ، ويشمل التكيف ما يسمى بالتوازن Equilibrium وهو أساس نمو الفرد ، ويعنى كيفية تنظيم معلوماتنا المتناثرة فى نظام معرفى يمكننا من فهم ما يحيط بنا ، والاستدلال على الكيفية التى ينبغى أن تكون عليها الأشياء .

ويتضمن التوازن عمليتين أو وظيفتين فرعيتين تكمل الواحدة منهما الأخرى وهما : التمثيل Assimilation والمواءمة أو الملاءمة Accommodation ويعنى التمثيل عملية تلقى البيانات والمعلومات التى ترد إلينا من البيئة ، وتصنيفها وفهمها فى ضوء ما نعرفه بالفعل أم ما هو لدينا من بنى معرفية ، بما يستلزمه ذلك من تحويلات وتعديلات معينة فيها أو قولبة لتصبح مناسبة للعقل وتندمج فى هذه البنى المعرفية القائمة . أما عملية المواءمة فتشير إلى مقدرتنا على التعديل فى البنى المعرفية ذاتها لدينا - وليس المعلومات الواردة لنا - وذلك لاستيعاب التغيرات والخبرات الجديدة ، أو بمعنى آخر قولبة العقل ليستوعب تلك التغيرات والخبرات ويتواءم معها .

كما يشير بياجيه إلى أنه من خلال عمليتى التمثيل والمواءمة تنمو لدينا بُنى عقلية Intellectual Structures ، ومخططات إجمالية Schemas معينة تستخدم فى تجهيز المعلومات التى ترد إلينا ، وتزيد من كفاءتنا فى مواجهة مشكلاتنا وتفاعلنا مع بيئاتنا . فالبُنى - سواء الفيزيقى منها : كالعينين واليدين والجهاز العصبى ؛ أم ردود الأفعال الانعكاسية : كالمص والصراخ - هى أساس النشاط العقلى فيما بعد حيث تنمو وتتطور بمزيد من التفاعل مع البيئة لتتحول إلى بُنى عقلية أكثر تعقيداً تزيد من تكيفنا مع البيئة . أما المخططات الإجمالية العامة فهى عبارة عن تكوينات مجردة افتراضية فى الذاكرة تسمح بتصنيف المعلومات الجديدة وتنظيمها ، وتشكل الكيفية أو الطريقة التى ننظر بها إلى العالم ونتمثله عقلياً . وتبدأ هذه المخططات من مخططات انعكاسية بسيطة Reflexive : كالنظر وقبض الأشياء عند الطفل الصغير ، وتتطور إلى خطط

واستراتيجيات وتصورات وافتراضات ونشاطات عقلية معقدة بزيادة التفاعل مع البيئة ، وعن طريق الاستثارة والاكتشاف والتجريب وإعمال الحواس والعقل وكذلك عن طريق التعزيز من قبل المحيطين بالفرد .

وحدد بياچيه أربعة عوامل تؤثر فى النمو المعرفى والانتقال من مرحلة إلى أخرى وهى :

١- النضج : Maturation حيث ربط بياچيه بين النضج الجسمى والنضج العقلى ، ورأى أنه كلما ازداد النمو العصبى ونضج القشرة اللحائية فى المخ أصبح الفرد أكثر مقدرة على التعلم وعلى تطوير مزيد من البنى المعرفية ، وعلى التكيف مع البيئة .

٢- الخبرة : Experience وهى تتراكم لدى الطفل بزيادة اتصاله بالبيئة الفيزيقية واحتكاكه بالعالم الخارجى من خلال الحركة النشطة واكتشاف الأشياء ومعالجتها ، وكلما كانت البيئة غنية بمنبهاتها فإنها تصبح وسطاً جيداً لاكتساب خبرات جديدة ، ومن أنماط الخبرات الخبرة المنطقية التى تساعد الطفل على اكتشاف العلاقات بين الأشياء وتصنيفها وترتيبها ، والتعميم بالنسبة للأشياء ذات الصفات المتشابهة . ويؤدى اتساع الخبرة وتنوعها إلى إضافة بنى معرفية ومخططات إجمالية جديدة ، وإلى تعديل ما لدينا منها ، والإفادة من ذلك كله فى المواقف اللاحقة .

٣- النقل الاجتماعى : Social Transmission ومن أهم وسائله التفاعل الاجتماعى مع الآخرين (الوالدين والإخوة وجماعة الرفاق والمعلمين ...) حيث يساعد هذا التفاعل على تخليص الطفل من ذاتيته وأنانيته وتمركزه حول ذاته ، وعلى تنمية حصيلته من البنى العقلية وزيادتها . ومن الملاحظ أن الطفل فى سنى عمره الأولى يكون شديد الذاتية ويعتقد أن وجهة نظره هى التى تمثل الحقيقة ، ويصعب عليه تغليب الحقيقة الموضوعية ووجهات النظر الأخرى على تفكيره الذاتى . كما يلاحظ أيضاً أن هذه الذاتية تأخذ فى الزوال تدريجياً كلما ازداد تفاعله فى الوسط الاجتماعى .

٤- التنظيم الذاتى : Self Regulation ويقصد به الميل إلى تنسيق البيانات والعمليات فى شكل متكامل ، وهو ضرورى من أجل ترابط العوامل الثلاثة الأخرى وزيادة فاعليتها .

وقد افترض بياچية أن النمو المعرفى يأخذ أربع فترات متتابعة تنتظم تفاعل الفرد مع بيئته ، وتشمل كل منها مراحل فرعية وذلك كما يلى :

١- الفترة الحاسحركية : Sensomotor Period (من الولادة حتى نهاية العام الثانى) ويتم التفاعل بين الطفل وبيئته وكذلك التفكير خلال هذه الفترة عن طريق الحواس المختلفة والمعالجة اليدوية والحركية للأشياء ، وليس على أساس التصورات المعرفية للسلوك أو البيئة الخارجية ، كما يقتصر سلوك الطفل على الاستجابات الحاسية المباشرة ، وتكون المخططات الإجمالية عبارة عن مجرد صور حاسحركية . ويغلب على الطفل فى بداية هذه الفترة أن يكون غارقا فى التمركز حول ذاته ، وعاجزاً عن الفصل بين نفسه والعالم الخارجى ، فالعالم هو الذات ، كما أن الأشياء ليس لها وجود مستقل عن هذه الذات ، ومفهوم الزمن هو الحاضر فقط ، والمحيط هو المكان الموجود فيه الطفل فحسب . والأشياء ليس لها وجود دائم ، وكأن اللعبة التى كانت بين يديه منذ لحظات تختفى من الوجود تماماً إذا ما قمنا بتغطيتها وإخفائها من مجاله الإدراكى ، فلا يبدى ضيقاً ولا يعنى بالبحث عنها .

وقبل إتمام العام الأول من عمر الطفل يبدأ فى إدراك أن الأشياء لها وجود مستقل ودوام واستمرار فى العالم المادى Object Permanency حتى لو كانت مختفية عنه ، كما يستطيع البحث عنها فى المكان ، ويفرّق بين نفسه والعالم الخارجى . ويقسّم بياچيه هذه الفترة إلى ست مراحل فرعية يتوالى نمو الطفل خلالها من مجرد الأنشطة التلقائية البسيطة والأفعال المنعكسة إلى العادات المكتسبة .

٢- فترة ما قبل العمليات : Preoperational (٢ - ٧ سنوات) وتقسّم إلى مرحلتين هما ما قبل المفاهيم (٢ - ٤ سنوات) ومرحلة التفكير الحدسى (٤ - ٧ سنوات) . ويلاحظ عموماً على تفكير الأطفال فى هذه الفترة أنه تفكير متمركز حول الذات ، فهم يرون الأشياء من منظورهم الخاص ويعجزون عن فهم وجهات النظر الأخرى والأخذ بها . ويسيطر على استجاباتهم للأشياء مظهرها الخارجى وانطباعاتهم البصرية عنها أكثر من الإدراك العقلى لها ، كما يلاحظ أنهم لا يدركون أن المواد التى تتغير شكلاً يمكن أن تحتفظ بأصلها من حيث الوزن أو الكتلة أو الحجم وتعود إليه مرة أخرى . ويبدو ذلك من نتائج تجارب مختلفة فيما يتعلق بظاهرة الاحتفاظ أو

الثبات* Conservation ، على سبيل المثال فإنه من حيث الكم نجد أن الطفل يحكم على مجموعة مكونة من ست بطاقات مرصوصة بشكل متقارب من بعضها على هيئة صف ، على أنها أقل عدداً أو كمية من مجموعة أخرى مساوية لها في العدد والمساحة لكنها مرصوصة بشكل متباعد عن بعضها على هيئة صف آخر . وإذا ما نظر إلى كرتين من الصلصال متساويتا الكتلة ، ثم تركنا إحداهما على هيئتها الكروية كما هي ، وأعدنا تشكيل الكرة الأخرى على هيئة عصا طويلة ، فسنجده يقرر بأن الأخيرة بها كمية صلصال أكبر من الكرة رغم ثبات هذه الكمية في الحالتين .

من زاوية أخرى يصبح الطفل خلال هذه الفترة أكثر مقدرة على معالجة الرموز : كاستخدام الكلمات واللغة والأشكال ، وعلى اللعب الإيهامي الخيالي ، حيث يمكن أن يتخيل العصا على أنها أشياء مختلفة فيستخدمها كحصان مثلاً ، ويحاكي الدمية على أنها ولد أو بنت ، وهو ما يعرف بالإحيائية Animism (إضفاء الحياة على الجماد) ، كما يشرع الطفل في تصنيف الأشياء وفقاً لبعد ما : كالنوع أو اللون أو الحجم أو الشكل ، وفي تكوين بعض الصور الذهنية والمفاهيم البسيطة عن العدد والعلاقات المكانية والزمانية مثل الماضي والحاضر والمستقبل .

٣- فترة العمليات المحسوسة أو العيانية : Concrete Operations (٧ - ١٢ سنة)

يصبح تفكير الطفل خلال هذه الفترة مرتبطاً بالأشياء المادية المحسوسة التي تقع في مجال ملاحظته ، ويقتصر على مستوى العمليات أو الأداء العقلي العياني أو غير المجرد ، فهو يفكر فيما يشاهد لكنه يجد صعوبة في فهم المفاهيم المجردة ، وتزداد مقدرته على تصنيف الأشياء ، ويستوعب مفاهيم ثبات الكتلة والوزن والحجم ، فيدرك أن نقل كمية من الماء من إناء واسع ، وصبها في كأس طويلة تستوعبها لا يغيّر شيئاً من كميتها ، بعد أن كانت تبدو له في الحالة الأخيرة خلال فترة النمو السابقة - ما قبل العمليات - أكبر منها في الأولى . كما يعتمد الطفل خلال فترة العمليات المحسوسة على المحاولة والخطأ في حل المشكلات دون استخدام استراتيجيات أكثر فاعلية كالتفكير في بدائل مختلفة واستبعاد ما لا يصلح منها .

* يقصد بالاحتفاظ أو ثبات المفاهيم إدراك أن صفات أو خصائص معينة : كالكتلة والوزن والحجم والطول والكم ، في مادة ما ، لا تتغير برغم ما قد يطرأ على هذه المادة من تحولات ظاهرية أو تبدلات شكلية ، بحيث لا يضاف إليها شئ ولا يؤخذ منها شئ .

كما يصبح الطفل فى هذه الفترة أقل تمركزاً حول ذاته ووجهة نظره الشخصية وأكثر تفهماً لوجهات نظر الآخرين والأخذ بها أو الإفادة منها .

٤- فترة العمليات الشكلية (الصورية) : Formal Operations (١٢سنة وما بعدها)
ويطلق عليها العمليات الشكلية أو المجردة لأن الفرد خلالها يصبح قادراً على القيام بالعمليات العقلية المنطقية المجردة ، وعلى تصور ما هو ممكن دون التقيد بما هو محسوس فى العالم المادى ، كما يكون معنياً بالتفكير فى الأفكار ذاتها وليس فى الأشياء العيانية ، ويلاحظ على الفرد خلال هذه الفترة استخدام البدائل المتعددة الممكنة والتحقق من صحتها فى حل المشكلات ، وتقبل وبناء افتراضات مختلفة ، وفحص كل منها بانتظام لاستخلاص النتائج ، والاهتمام بالأفكار ، والبحث عن الخصائص المشتركة ، والقوانين العامة ، واستخدام المنطق ، والانشغال بالنواحى الأيديولوجية ومناقشتها والجدال بخصوصها ، كما يكون أكثر وعياً بذاته .

رابعاً : النمو الخلقى



لورانس كولبرج

عنى لورانس كولبرج(Kohlberg, 1969 , 1976) بدراسة تطور الأحكام الخلقية عند الأطفال ، واستخدم فى بداية بحثه لهذا الموضوع عام ١٩٥٨ فى دراسته للدكتوراه بجامعة شيكاغو طريقة تمثلت فى تعريض أطفال من أعمار مختلفة (١٠ ، ١٣ ، ١٦ سنة) إلى مواقف فى صورة قصص تعبر عن معضلات أخلاقية على الطفل أن يحكم عليها . وقد توصل بعد مراجعات وتنقيحات عديدة لنتائجه إلى أن نمو الجانب الخلقى من الشخصية يتتابع بشكل منتظم فى ثلاث مستويات لكل مستوى مرحلتان وعلى النحو التالى :

١- المستوى الأول : ما قبل الخلقى :

المرحلة الأولى : اتجاه العقاب والطاعة : حيث يطيع الطفل التعليمات ويساير السلطة لتجنب العقاب والأذى .

المرحلة الثانية : اتجاه الوسيلية أو تبادل المنفعة : فالصواب خلال هذه المرحلة هو اتباع القواعد التى تتفق مع الاهتمامات وإشباع الاحتياجات المباشرة للطفل وميوله .

٢- المستوى الثانى : مسايرة العرف والتقاليد :

المرحلة الثالثة : اتجاه التوقعات المشتركة بين الأفراد : وينبنى الحكم الخلقى خلال هذه المرحلة على أساس التوقعات المتبادلة والمشاعر المشتركة بين الطفل والآخرين ، حيث ينزع الطفل إلى مسايرة الآخرين وفقاً لتوقعات الوالدين أو المسئولين عنه والأشخاص المهمين فى حياته (ولد طيب أو بنت طيبة) وذلك إرضاء لنفسه من ناحية وإسعاداً للآخرين والحصول على رضاهم والحفاظ على علاقات طيبة معهم من ناحية أخرى .

المرحلة الرابعة : اتجاه اتباع المعايير والمحافظة على النظام : ويخضع فيها الحكم الخلقى للضمير ، وضرورة قيام الفرد بواجباته الاجتماعية كمواطن صالح واحترام القوانين والنظم التى تكفل الحفاظ على المجتمع ككل ومؤسساته من التداعى والانهيار ، والالتزام بالدور كما يحدده النظام الاجتماعى .

٣- المستوى الثالث : التقبل الذاتى للمبادىء والقيم الخلقية :

المرحلة الخامسة : اتجاه العقد الاجتماعى : ويقوم الحكم الخلقى فيها على أسس من الاتفاق والشعور بالواجب والمسئولية ، والصالح العام ورخاء المجتمع ، والحقوق المتساوية والخير للجميع فى إطار من التعاقد الاجتماعى . ومن ثم يكون الخضوع للقانون لمصلحة المجتمع ورفاهية الجميع .

المرحلة السادسة : اتجاه المبادىء الأخلاقية العامة : حيث يرتقى الفرد بأحكامه الخلقية ويزن الأمور وفقاً لمبادىء أخلاقية عامة أو مطلقة يرتضيها لنفسه ، ويحكم ويسلك وفقاً لها : كالحرية والعدالة والحق والمساواة ، والالتزام بهذه المبادىء لذاتها وبصرف النظر عن موقف الآخرين منها ، وذلك ليتجنب إدانة النفس واحتقار الذات .

وهكذا يتطور النمو الخلقى عبر ثلاثة مستويات إجمالية متتابعة ، حيث يَصدُر السلوك المقبول فى المستوى الأول إما خوفا من العقاب أو التماسا للمنفعة والمثوبة ، وفى المستوى الثانى لمسايرة التوقعات المشتركة بين الفرد والآخرين ، وطبقا للأعراف

والتقاليد السائدة فى الجماعة ، أما فى المستوى الثالث فإن السلوك بطريقة مقبولة يصدر ليس عن مجرد القيام بواجبات أو تنفيذ تعليمات طبقا لتوقعات الآخرين ، أو الانصياع لأعراف قائمة ، وإنما عن مبادئ مجردة أو قيم خلقية تنبع من ضمير الفرد ويتقبلها ويتبناها ، ويتصرف فى المواقف المختلفة وفقا لها .



مارك شاجال " أنا والقرية " ١٩١١

الفصل العاشر
نظريات الشخصية

- **أولاً : النظريات الاستعدادية :**
  - **نظريات الأنماط :**
    - الأنماط التكوينية
    - الأنماط النفسية
    - وجهة نظر نقدية
  - **نظريات السمات :**
    - جوردون ألبورت
    - رايموند كاتل
    - وجهة نظر نقدية
- **ثانياً : النظريات النفسدينامية :**
  - نظرية فرويد في التحليل النفسي
  - وجهة نظر نقدية
  - نظرية كارل يونج
  - نظرية ألفريد أدلر
  - نظرية كارين هورني
  - نظرية سوليفان
- **ثالثاً : النظريات السلوكية :**
  - السلوكية التقليدية .
  - وجهة نظر نقدية .
  - السلوكية الجديدة .
- **رابعاً : النظريات الظاهراتية :**
  - نظرية الذات .

نظريات الشخصية

مدخل :

يمكن تعريف النظرية Theory بأنها إطار عام تصورى عقلى ، وصفى وتفسيرى للظاهرة موضع الاهتمام ، ويشمل هذا الإطار مجموعة من المفاهيم والحقائق والقضايا التى ترتبط فيما بينها ارتباطاً وثيقاً فى تنظيم متماسك ومتكامل خال من التناقضات لتزويدنا بمزيد من الفهم لهذه الظاهرة والاستبصار بطبيعتها . ونعنى بالظاهرة فى حالتنا الراهنة الشخصية Personality .

وتختلف النظريات باختلاف الخلفية الثقافية لواضعيها .. وما يهتمون به من جوانب الشخصية ... وفى نوع البيانات التى يجمعونها ، ومصادر هذه البيانات .. وفيما يضعونه من مسلمات . (عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٧٦ : ١٩١) كما تختلف من حيث مناهج وطرق البحث الملائمة المستخدمة فى كل منها . ويذخر ميدان علم النفس بنظريات متعددة عن الشخصية تتناول وصفها كنظام ، وكيف تتشكل وتنمو وترتقى ، وما ديناميتها وكيف تتغير ، وما محدداتها والعوامل المؤثرة فيها . وتتفاوت هذه النظريات أيضاً من حيث الأسس التى قامت عليها ، فمنها ما بنى على بيانات وملاحظات تم استقاؤها من خبرات عيادية ومقابلات مع حالات من الأفراد المشكلين أو المضطربين أو المرضى الذين يلتمسون المساعدة والعون والعلاج : كنظرية التحليل النفسى ، ومنها ما تم تطويره من ملاحظات موضوعية وتجارب معملية مضبوطة سواء على الحيوانات أم على عينات من الناس فى أعمار زمنية مختلفة : كالنظرية السلوكية .

ويمكن تصنيف نظريات الشخصية فى أربع فئات على النحو التالى :

أولاً : النظريات الاستعدادية (الأنماط والسمات) :

ويميل بعضها إلى تفسير الشخصية وتصنيف الناس تبعاً للنمط Type الغالب أو المسيطر على شخصية كل منهم ، وهذا النمط عبارة عن مجموعة من الصفات النوعية التى تتجمع أو تترابط لتميز الشخصية ككل عن كافة شخصيات الآخرين ، كالنمط

المنبسط ، والنمط المفكر ، والنمط الهدين ، وذلك كما هو الحال فى الأنماط التكوينية عند كرتشمر وشيلدون ، والأنماط النفسية عند كارل يونج . كما يميل بعضها الآخر إلى تصنيف الناس عن طريق سرد الطباع Character أو السمات Trait المميزة والتى تبدو مستقرة وثابتة نسبياً فى سلوك كل منهم رغم الملابسات والظروف المختلفة ، وتبدو السمة على أنها بعد متصل ذو قطبين متناقضين ؛ كالسيطرة مقابل الخضوع ، وقوة الأنا مقابل ضعف الأنا ، والسيطرة مقابل الخضوع ، وذلك كما هو الحال فى نظرية السمات عند جوردون ألبورت ورايموند كاتل .

ثانياً : النظريات النفسدينامية :

وتتمثل فى التحليل النفسى بدءاً بنظريته الكلاسيكية عند فرويد وانتهاء باتجاهاته الحديثة عند إريك إريكسون وكارين هورنى وهارى ستاك سوليفان ، ويؤكد التحليل النفسى عموماً على خبرات الطفولة المبكرة والدوافع اللاشعورية والصراعات والإحباطات كمحددات للشخصية ، وعلى الطاقة النفسية كمحرك أساسى للسلوك ، والحيل والميكانزمات الدفاعية كوسيلة لمواجهة القلق والتوتر ، كما يعطى أصحاب الاتجاهات الحديثة فى التحليل النفسى أهمية خاصة لدور المتغيرات الاجتماعية والتفاعلات مع الوالدين من خلال عملية التنشئة الاجتماعية فى نمو الشخصية . ويعنى المحللون النفسيون بالملاحظة والاستبطان والتداعى الحر والتحليل المنطقى للذكريات والأفكار فى دراسة الشخصية والكشف عن خبراتها اللاشعورية ولتقديم الخدمات العلاجية النفسية المناسبة .

ثالثاً : النظريات السلوكية :

أكد أصحاب هذه النظريات على أهمية التعلم والخبرة والظروف البيئية فى اكتساب السلوك وتعديله ، ونظروا إلى الشخصية كما لو كانت مجموعة من العادات المكتسبة أو المتعلمة وفقاً لقوانين معينة ، وعنوا بدراسة السلوك الظاهرى الممكن ملاحظته وقياسه مباشرة ، ورفض الأوائل منهم - مثل واطسن - أى تأثير للعوامل الوراثية على الشخصية ، بينما نزع المعاصرون منهم - مثل سكنر ودولارد وميللر - إلى التخفف من ذلك فأدركوا قيمة كل من العوامل الوراثية ودوافع الفرد فى تشكيل سلوكه وتعلمه ،

واعتمد السلوكيون بعامة على مناهج علمية صارمة وطرق موضوعية كالملاحظة والتجريب والقياس المعملى فى دراستهم لسلوك الحيوان والإنسان .

رابعاً : النظريات الظاهراتية :

ويعنى أصحاب هذه النظريات - ومنهم كارل روجرز وأبراهام ماسلو وكيرت ليفين - بدراسة كنه الإنسان وفهمه " ككل متكامل " بدلاً من تناوله كجزئيات أو أقسام منفصلة : كالإدراك والتفكير والتعلم ، وبدلاً من النظر إليه كآلة أو روابط بين مثيرات واستجابات ، كما يعنون بدراسة " إدراكات " الأفراد " لذواتهم " وللآخرين وللعالم من حولهم باعتبار أن هذه الإدراكات هى التى تؤسس واقع كل منهم ووجهة نظره الفريدة فى الحياة ، ويطرحون ويهتمون بدراسة موضوعات ومشكلات ذات صبغة إنسانية مثل أهداف الحياة ، والإبداع ، والقيم ، وتحقيق الذات والوجود الشخصى ، والخبرة الشخصية ، ويستخدمون فى بحثها وفى دراستهم للشخصية الملاحظات الاكلينيكية وتقارير الذات بل وكل الطرق والأساليب الممكنة للدراسة والبحث طالما أدت إلى الكشف عن فهم أعمق للشخصية ومشكلاتها .

النظريات الاستعدادية (الأنماط والسمات)
Dispositional Theories

نظريات الأنماط :

يعد تصنيف الناس إلى أنماط أو طرز معينة يتميزون بها ويسلكون وفقاً لها من أقدم المحاولات التى عرفها الفكر الإنسانى فى دراسة الشخصية . ومن أوائل تلك المحاولات ما اقترحه هيبوقراط Hippocrates (٤٦٠ - ٣٧٠ ق . م) فى القرن الخامس قبل الميلاد فى عصر الإغريق وظل قائماً حتى القرن التاسع عشر ، حيث ربط بين الجوانب الفسيولوجية والشخصية ، وذهب إلى أن "المِزاج" يتوقف على "مقادير نسبية لأخلاط الجسم الأربعة الرئيسة وهى السوداء والصفراء والدم والبلغم ، ويقابل كل منها نمطاً من أنماط الشخصية الأربعة وهى السوداوى والصفراوى والدموى والبلغمى " (لازاروس ، ١٩٨١ : ١٦٣) ومن ثم فقد قسّم الناس - تبعا لذلك - ووفقاً للمزاج الغالب على كل منهم إلى أربعة طرز هى :

١- المزاج الدموى : Sanguine وصاحبه سهل الاستثارة سريع الاستجابة ، ويتميز بالتفاؤل والمرح والنشاط .

٢- المزاج الصفراوى : Choleric وصاحبه طموح وعنيد وجاد ، حاد الطبع وسريع الاستثارة والغضب .

٣- المزاج السوداوى : Melancholic وصاحبه بطىء التفكير لكنه قوى الانفعال ، يميل إلى الانطواء والتشاؤم والانقباض والاكتئاب .

٤- المزاج البلغمى : Phlegmatic أو الليمفاوى : وصاحبه بطىء الاستثاره يغلب عليه الخمول والتبلد الانفعالى .

وبناء على ذلك ذهب هيبوقراط إلى أن الشخصية السوية تعتبر نتاجاً لتوازن الأمزجة الأربعة وتكافئها ، فإن تغلب أحدها على بقية الأمزجة نشأت الاضطرابات والأمراض النفسية . ويعد هذا التقسيم من أوائل المحاولات التى ربطت بين كيمياء الجسم وسلوك الفرد ، وهو يتسق عموماً مع ما أشارت إليه نتائج البحوث من وجود علاقة وثيقة بين النواحى البيوكيميائية كما تتمثل فى المفرزات الهرمونية للغدد والسلوك الشخصى .

وتشمل نظرية الأنماط نماذج عديدة أخرى تختلف فيما بينهما من حيث الأساس الذى قامت عليه ونكتفى منها بنموذجين هما الأنماط الجسمية التكوينية والأنماط النفسية .

ا) الأنماط التكوينية :

يميل الباحثون والعلماء فى علم النفس التكوينى إلى اعتبار الشكل المميز للبنية أو التركيب الجسمى محدداً للشخصية ، إذ يربطون بين نمط الجسم وخصائص الشخصية . ومن بين هؤلاء العلماء الطبيب النفسى الألمانى كرتشمر (١٨٨٨ - ١٩٦٤) ، ووليم شيلدون .

نظرية كرتشمر "Kretschmer" : اعتقد بوجود علاقة وثيقة بين أربعة أنماط جسمية والخصائص المزاجية للشخصية . وهذه الأنماط هى :

١) النمط البدين (المكتنز) Pyknic وهو القصير الممتلىء ، سميك العنق عريض

الوجه . ويتميز بالانبساط والصراحة وروح المرح ، وبالتقلب الانفعالى ، وبالقدرة على بناء الصداقات .

٢- النمط النحيل (الواهن) Asthenic وهو الطويل النحيف ، طويل الأطراف دقيق السمات ، ويتميز بالحساسية الشديدة والنزوع إلى الانطواء .

٣- النمط الرياضى Athletic (العضلى القوى) وهو المتناسق البنية ، عريض الكتفين قوى العضلات ، ويتميز بالنشاط والحيوية والعدوانية .

٤- النمط المشوه (غير المتسق) Dysplastic وهو من يقع خارج الأنماط السابقة ربما نتيجة لاضطرابات فى افرازات الغدد ، أو لأسباب أخرى . وتبدو عليه عموماً دلائل عدم التناسق الجسمى والنمو الشاذ .

وقد توصل كرتشمر فى دراسته للمرضى العقليين إلى وجود علاقة وثيقة بين الأنماط الجسمية والاضطرابات العقلية حيث ميز بين نوعين من الشخصية هما :

أ) الشخصية الدورية Cyclothymic : تتميز بالميل إلى الاجتماع بالآخرين والمقدرة على عقد الصداقات ، كما تتسم بالواقعية والعملية والطيبة وروح المرح . وهى أقرب إلى النمط الجسمى البدين . وفى الحالات المتطرفة من هذه الشخصية نجد المصابين بجنون الهوس والاكتئاب . أى أنه توجد علاقة وثيقة بين البدانة وحالات ذهان الهوس - الاكتئاب .

ب) الشخصية المنفصمة Schizothymic : تتميز بالميل إلى العزلة والتحفظ والخجل ، وانعدام الاستجابات الانفعالية المناسبة . وهذه الصفات أقرب إلى النمط الجسمى النحيل . وفى الحالات المتطرفة لهذه الشخصية نجد المصابين بالفصام ، أى أنه توجد علاقة وثيقة بين النحافة وحالات انفصام الشخصية .

نظرية وليم شيلدون Sheldon : اتخذ شيلدون البنية الجسمية أساساً للأنماط ، لكنه اعتمد فى تصنيفه لنمط الشخصية وفقاً لنوعية الطبقات الثلاث التى تتألف منها الخلية الجينية - وهى الأندومورف ، والميزومورف ، والإكتومورف - ويتولد عن هذه الطبقات كل أنسجة الجسم بعد ذلك . وبناء على ذلك توصل إلى ثلاثة أنماط هى :

١- النمط الداخلي التركيب - الحشوى Endomorphic : ويشير إلى سيطرة الأنسجة المولدة للأمعاء وبعض الأحشاء الداخلية في الجسم . لذا يتميز أصحابه جسمياً بالبدانة وضخامة الأحشاء والترهل واستدارة الجسم ويتصفون بالخصائص التالية : حب الطعام والشهية الجيدة ، النوم العميق والتثاقل والاسترخاء البدني ، بطء الاستجابة والحركة ، الاجتماعية والاتجاه نحو الناس ومشاركتهم والتطلع إلى عونهم ومساعدتهم ، الهدوء الانفعالي ، التسامح ، الرضا عن الذات . ويطلق عليهم " الحشويون" Viscerotonic .

٢- النمط الداخلي التركيب - العظمى أو العضلي Mesomorphic : ويغلب على حالته سيطرة الأنسجة المولدة للعظام والعضلات . لذا يغلب على أصحابه مظاهر البنية الرياضية وقوة العظام والعضلات . وهم يتسمون بالقوة والنشاط العضلي والجسمي والحيوية ، وحب السيطرة والميل إلى المغامرة والاندفاعية ، الجرأة في مواجهة المشكلات ، الصلابة والشجاعة واللامبالاة بالألم ، تأكيد الذات والميل إلى العدوان لاسيما تحت تأثير الكحول ، ويطلق عليهم "النشطون" Somotonic.

٣- النمط الخارجي التركيب - العقلي Ectomorphic : ويغلب على هذا النمط سيطرة الأنسجة المولدة للجهاز العصبي . ويتميز أصحابه جسمياً بالنحافة وطول الأطراف وحساسية الجهاز العصبي كما يغلب عليهم أناقة المظهر . كما تتصف شخصياتهم بالسمات المزاجية التالية : الدقة والنظام ، سرعة الاستجابة ، الخجل والانتباه واليقظة العقلية ، التأمل والتفكير ، الحساسية والقلق ، النزوع إلى كتمان المشاعر وكبت الانفعالات ، الميل إلى الوحدة والبعد عن الجماعات الكبيرة من الناس ويطلق على الشخصيات من هذا النمط " المخيون " Cerebrotonic .

ولتقويم الشخصية تبعاً لذلك فإنه يستخدم مقياسا متدرجا من ١ : ٧ درجات لكل نمط بحيث تدل الدرجة الأولى على النمط " الإندومورفي " ، والثانية على النمط " الميزومورفي " ، والثالثة على النمط " الإكتومورفي" . وتدل الدرجة العليا على سيطرة النمط الخاص بها على شخصية الفرد . فالدرجة ٧ - ١ - ٢ مثلاً تدل على شخص ذي نمط حشوى (أندومورفي) متطرف ، والدرجة ١ - ٦ - ٣ تدل على

شخص ذى نمط عضلى (ميزومورفى) . والدرجة ٢ - ٣ - ٧ مثلاً تدل على شخص ذى نمط عقلى (إكتومورفى) أما الشخص المتوسط أو المتعادل فدرجته ٤ - ٤ - ٤ وفقاً للاستعدادات التكوينية وطبقاً لافتراضات شيلدون . وعلى الرغم من تأكيدات شيلدون بوجود علاقات ارتباطية تزيد عن ٠,٨٠ بين السمات المزاجية وخصائص البنية الجسمية لدى كل نمط ، فإن نتائج بعض البحوث الأخرى قد أسفرت عن معاملات ارتباط أقل بكثير بين النمط الجسمى وخصائص الشخصية المنسوبة إليه .

ب) الأنماط النفسية :

اتخذ بعض الباحثين وجهة أخرى فى تصنيفهم الشخصيات إلى أنماط حيث اعتمدوا فى ذلك على أسس سيكولوجية ، ومن أشهرهم الطبيب النفسى السويسرى كارل يونج C.Joung (١٨٧٥ - ١٩٦١) وقد ذهب إلى أن الشخصية تتخذ أحد نمطين مختلفين هما :

١- النمط الانبساطى : Extrovert ويتميز بالاهتمام بالمسائل والأحداث الخارجية ، والانفتاح على الناس والبيئة ، والمقدرة على تكوين علاقات مع الآخرين والاندماج معهم ، وبالحيوية والعمل والنشاط والمرح والتعبير عما فى نفسه من مشاعر وانفعالات .

٢- النمط الانطوائى : Introvert ويتميز بالاهتمام بالمسائل والأمور الذاتية والتمركز حول خبراته الشخصية ، وهو أكثر ميلاً إلى الانسحاب والانغلاق على الذات ، كما يتسم بالخجل والحذر بالنسبة إلى الآخرين وعدم الميل إلى التعامل معهم أو الاختلاط بهم ، ويتفضيل التأمل والتفكير والاستغراق فى عالمه الخاص على العمل والنشاط وسط الناس .

كما حدد يونج أربع وظائف نفسية وهذه الوظائف هى :

١- التفكير : Thinking وهى عملية عقلية تمكن الفرد من فهم طبيعة نفسه والأشياء المحيطة به .

٢- الوجدان : Feeling وتعكس هذه الوظيفة قيمة الأشياء بالنسبة للفرد ، وتمنحه خبراته الذاتية باللذة والألم والغضب والخوف والفرح والحب .. إلخ .

٣- الإحساس : Sensation وتمد هذه الوظيفة الفرد بالحقائق العيانية أو المحسوسة عن الأشياء كما هى عليه فى الواقع .

٤- الحدس (الإلهام) : Intuition وهى تمكن الفرد من الإدراك بوساطة عمليات لا شعورية أو باطنية ، ومن النفاذ إلى جوهر الواقع ، دون الاعتماد على مقدمات أساسها التأملات العقلية الشعورية .

ومن الجدير بالذكر أن هذه الوظائف لا تنمو لدى الفرد نمواً متساوياً ، وإنما عادة ما تغلب إحداها على شعور الفرد أو أناه كوظيفة عليا ، بينما تصبح الوظائف الأخرى وظائف أدنى منها . فكل شخص تغلب عليه وظيفة معينة ، والشخص الذى تغلب عليه وظيفة التفكير تقل عنده وظيفة الوجدان ، ومن يغلب عليه الحدس (الإلهام) لا يعتمد على الحس إلا قليلاً ، فالتفكير يقابله الوجدان ، والحس يقابله الإلهام (عبد العزيز القوصى ١٩٦٤ : ٣٥٢) . وقد ربط يونج بين كل من الأنماط والوظائف النفسية حيث رأى أنه يغلب على ذوى كل نمط إحدى الوظائف النفسية بدرجة أعلى من الوظائف الأخرى فالفرد يمكن أن يكون منبسطاً مفكراً أو انطوائياً مفكراً ، ومنبسطاً وجدانياً أو انطوائياً وجدانياً ، ومنبسطاً حاسياً أو انطوائياً حاسياً ، ومنبسطاً حدسياً أو انطوائياً حدسياً .

وجهة نظر نقدية فى الأنماط :

١) محددات الشخصية متعددة . ومن الملاحظ أن بعض نظريات الأنماط تناولت الشخصية كما لو كانت نتاجاً لعوامل وراثية فقط ، فكرتشمر رأى أن شكل البنية هو محدد الشخصية ، وشيلدون أقام أنماطها على أساس الميراث الجينى وما يتركه من آثار على الجسم . هذا يعنى أن تلك النظريات أغفلت العوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية عموماً ، وما يترتب عليها من خبرات مكتسبة لها أثرها البالغ على نمو الشخصية .

٢) تجاهلت نظريات الأنماط مبدأ الفروق الفردية بين الناس لأنها أكدت على أوجه الشبه بين الأفراد وأغفلت أوجه الاختلاف ، كما وضعت حدوداً فاصلة بين الأنماط وبعضها البعض مما ترتب عليه أن تلصق بالأفراد كل أوصاف النمط الذى يُصنَّفون فيه أو وفقاً له دون تمييز بينهم . وليس معنى أن مجموعة من الأفراد بدناء - وفقاً لكرتشمر - ،

أو حشويون - وفقاً لشيلدون - ، أو منبسطون - وفقاً ليونج - أنهم متماثلون فى كل شىء فقد يتفقون فى كونهم انبساطيين مثلاً لكنهم يختلفون فيما بينهم من حيث مستوى الذكاء أو الاتزان الانفعالى أو مستوى الطموح ... إلخ .

٣) تعنى بعض النظريات بالنماذج الشاذة من الشخصيات كالمنطوين والمنبسطين وهى قليلة نادرة الوجود ، ذلك أن الأنماط لا تمثل إلا الحالات المتطرفة من الشخصيات ، فى حين أن السواد الأعظم من الناس عبارة عن خليط منها على درجات مختلفة وكثيرة جداً . (محمد عماد الدين اسماعيل ١٩٥٩ : ٣٧ ، ٣٨) وذلك قد يعنى أن نظريات الأنماط ربما لا تكون كافية أو صالحة للتعميم على الحالات العادية الممثلة لأغلبية الأفراد . وقد أكدت نتائج البحوث السيكولوجية الحديثة وجود نمط ثالث يتوسط الانطواء والانبساط هو النمط المتعادل . كما أصبح يُنظر إلى الانبساط - الانطواء على اعتبار أنهما عامل واحد أو متصل Continum ثنائى القطب يمثل أحد طرفيه المنبسطون بشدة (ويتميزون بدرجات عالية من الميول الاجتماعية والاندفاعية ، والانشراح والتفاؤل ، والتفكير العلمى ، والثبات المزاجى ، والميل إلى التخفف من الأعباء أو حمل الهموم " الروح التهوينية " بينما يمثل الطرف الآخر المنطوون بشدة (ويتميزون بدرجات عالية من الخجل الاجتماعى واعتزال الناس ، والميل للتشاؤم والتعاسة ، والتأمل الذاتى والمثابرة ، والتقلب المزاجى ، والجدية . وبين هذين الطرفين مستويات مختلفة أخرى من الانبساط - الانطواء تتوزع عليها الغالبية العظمى من الناس وفقاً لخصائص المنحنى الاعتدالى .

نظريات السمات : Traits

أشرنا فيما سبق إلى ما أخذ على بعض نظريات الأنماط من أنها عنيت بالحالات المتطرفة الشاذة من الشخصيات ، على أساس أنها أصناف أو أنماط منفصلة غير متصلة ، فالأفراد إما منبسطون أو منطوون مثلاً . بمعنى أنها أغفلت من يقع بين هذه الحالات المتطرفة من غالبية الأفراد بما يتمتعون به من مستويات أو درجات متوسطة أو فوق أو أقل من المتوسط فى الصفة التى يتم التصنيف على أساسها .

لذا لجأ بعض الباحثين إلى استبدال فكرة الأنماط بفكرة السمات ومضمون ذلك أن

الشخصية عبارة عن انتظام دينامى لسمات أو صفات مختلفة جسمية وعقلية وانفعالية ودافعية واجتماعية فطرية أو مكتسبة . ويحظى كل فرد بقدر معين من كل سمة . ويمكن التحقق من وجود هذه السمة كمياً أو إحصائياً باستخدام المقاييس والاختبارات . وهكذا يمكننا وصف الشخص بناء على ما يتمتع به من سمات مختلفة تبعا لموضعه فى كل منها بالنسبة للجماعة التى ينتمى إليها . ومن أقطاب نظريات السمات جوردون ألبورت ورايموند كاتل .

أما جوردون ألبورت G.Allport (١٨٩٧-١٩٦٧) فيعرف السمة أو الاستعداد الشخصى Personal Disposition بأنها استعداد نفسى عصبى مركزى عام خاص بالفرد ، يعمل على جعل المثيرات المتعددة متساوية وظيفياً ، كما يعمل على إصدار وتوجيه أشكال متساوية من السلوك التكيفى والتعبيرى . وقد رأى ألبورت أن السمات الخاصة بفرد ما تقوم بدور دافعى بالنسبة له فهى التى تحدد أنماط سلوكه . كما رأى أنه من الصعب أن يتفق فردان فى سماتهما ، لأن السمات تعمل بطريقة فريدة لدى كل شخص تبعاً لاستعداداته ، وسلم ألبورت بأن هناك أيضاً سمات عامة مشتركة تنمو بين الناس نتيجة للخبرات والثقافة المشتركة . ومن ثم فإنه يمكن مقارنة هذه السمات لدى مجموعة من الأفراد الذين يعيشون فى ثقافة معينة ووقت ما .

كما رأى أن السمات الفردية يمكن ترتيبها فى مدرج هرمى تبعا لأهميتها وتأثيرها على الفرد ، حيث تسيطر على شخصيته سمات ذات تأثيرات متفاوتة الدرجة ، وقد قسمها ألبورت إلى ثلاث فئات ، فهناك سمة رئيسة Cardinal أو بارزة غالباً ما تطبع سلوكه عموماً وقد يشتهر بها ؛ كسمة العدل فى سيدنا عمر بن الخطاب رضى الله عنه ، وسمة الكرم فى حاتم الطائى ، وعلى نحو ما نقول فى حياتنا عن شخص ما بأنه " قيادى" أو "سادى" مثلاً . وهناك سمات مركزية Central يتراوح عددها من خمس إلى عشر سمات لدى الفرد يظهر أثرها فى معظم سلوكه ، تليها سمات أخرى ثانوية أو هامشية Secondary تبدو قليلة الأهمية بالنسبة لسلوك الفرد . ورأى ألبورت أن هذه السمات لا تعمل كوحدات مستقلة تماماً عن بعضها البعض " ولكنها مجموعة مترافقة Interdependant من الصفات تتجمع لإحداث الآثار السلوكية . وعلى ذلك ، ففعل واحد مركب لا يمكن إرجاعه إلى سمة واحدة مفردة ، بل هو دائماً نتاج مجموعة من

السمات المتوافقة ، تسهم كل سمة منها فى بعض مظاهر السلوك " (لازاروس ، ١٩٨١ : ٥٦) .

وتنتظم سمات كل شخص فى كل منظم أو تجمع متسق يحتويه ما أسماه ألبورت بالذات الممتدة المتميزة Proprium التى تنمو وتتشكل على مدى حياة الفرد ، والتى لا تنحصر نشاطاتها وترتبط بمجرد احتياجاتها المباشرة وواجباتها ، وإنما فى التخطيط للمستقبل وتبنى فلسفة موحدة للحياة .

أما رايموند كاتل R.Cattell فقد صنف السمات إلى قسمين هما :

أ - سمات عميقة مصدرية Source : وهى لا تظهر فى السلوك بشكل مباشر وتنقسم بدورها إلى سمات تكوينية Constitutional وأخرى بيئية Environmental .

ب- سمات ظاهرية سطحية Surface .

وتعتبر السمات المصدرية تكوينات أولية أساسية تعمل كمسببات بالنسبة للسمات السطحية الظاهرة فى سلوك الفرد من خلال انفعالاته وتصرفاته اليومية فى عمله ومع الآخرين . فاندماج الفرد مع الناس ونزوعه إلى مساعدتهم ومشاركتهم والتعاون معهم ، وحيويته وإقباله على الحياه يعتبر من قبيل السمات السطحية التى ترجع أساساً إلى سمة عميقة مصدرية هى الاجتماعية . كما أن الاعتماد على النفس والثبات والتصميم والمثابرة وقوة الإرادة تعد سمات سطحية تنبثق أصلاً عن سمة مصدرية هى الاكتفاء الذاتى .

وقد وجه كاتل ومعاونوه جهودهم أصلاً إلى كيفية رد كثرة السمات التى يمكن أن نصف بها شخصاً ما بعد تطبيق عدة اختبارات عليه إلى عدد أقل من الوحدات الفرعية ، أو تجميعها وتكثيفها فى تجمعات مستقلة عن بعضها البعض للوصول إلى عوامل يشمل كل منها عدة سمات ترتبط فيما بينها ارتباطاً عالياً ، وذلك باستخدام الأسلوب الإحصائى المعروف بالتحليل العاملى Factor Analysis .

وقد توصل كاتل من نتائج بحوثه فى هذا الصدد إلى ست عشرة سمة مصدرية رأى أنها تفسر معظم عناصر السمات الظاهرية المتعددة للشخصية وبنى على هذا الأساس عدة

صور من استبيانه الشهير " استفتاء عوامل الشخصية الستة عشرة 16.P.F. " ، وهذه العوامل هى :

العامل أ A الاجتماعية مقابل العدوانية . (السيكلوثيميا مقابل الشيزوثيميا)

العامل ب B الذكاء مقابل التخلف العقلى .

العامل جـ C الثبات الانفعالى (قوة الأنا) مقابل عدم الثبات الانفعالى .

العامل د E السيطرة مقابل الخضوع .

العامل هـ F الانبساط مقابل الانقباض .

العامل و G قوة الأنا الأعلى مقابل ضعف الأنا الأعلى أو المعايير الخلقية .

العامل ز H المغامرة مقابل الحرص .

العامل ح I الطراوة (الحساسية الانفعالية) مقابل الصلابة والتحجر .

العامل ط L التوجس والارتياب مقابل تقبل الآخرين والثقة بهم .

العامل ى M الرومانتيكية (الخيالية) مقابل الواقعية (العملية) .

العامل ك N الدهاء والتبصر مقابل السذاجة والبساطة .

العامل ل O الثقة الكاملة بالنفس مقابل الاستهداف للذنب والشعور بالإثم .

العامل م Q1 التحرر والتجريب مقابل المحافظة ومقاومة التغير .

العامل ن Q2 الاكتفاء الذاتى مقابل الاعتمادية .

العامل س Q3 قوة اعتبار الذات مقابل ضعف اعتبار الذات .

العامل ع Q4 قوة التوتر العصبى (سرعة الاستثارة) مقابل ضعف التوتر العصبى (الاسترخاء) .

كما توصل كاتل إلى تخطيط للشخصية رأى فيه أنها تشتمل على ثلاثة جوانب ، يشمل كل منها عناصر أو وحدات موروثة وأخرى مكتسبة من البيئة وهى :

١) الجانب العقلى المعرفى : ويلعب الدور الأساسى فى تحقيق التوازن بين الفرد وبيئته ، وفى تحديد الأهداف والطرق التى تتبعها الشخصية فى إشباع حاجاتها . وعناصره الموروثة منها الذكاء والاستعدادات الخاصة ، أما وحداته المكتسبة فهى المعلومات وألوان المعرفة العامة .

٢) الجانب المزاجى الانفعالى : ووحداته الموروثة هى الاستعدادات الانفعالية العامة أما البيئية فتتمثل فى الخلق .

٣) الجانب الدينامى : وعناصره الموروثة هى الدوافع الفطرية أو الأولية ، أما وحداته البيئية فهى الدوافع الثانوية المكتسبة والعواطف والقيم والاتجاهات .

وجهة نظر نقدية فى نظرية السمات

من أهم إيجابيات نظريات السمات أنها اعتمدت أسلوب القياس النفسى كوسيلة للتقدير الكمى لسمات الشخصية باستخدام عدة اختبارات موضوعية مقننة . ومن ثم تتسم نتائجها بالدقة والموضوعية فى مقارنتها للسمات بين الأفراد والجماعات . كما أن لهذه الاختبارات قيمة كبيرة فى عمليات التوجيه والإرشاد سواء من حيث مساعدة الفرد على فهم ذاته ، أو من حيث توجيهه ومعاونته على اتخاذ القرارات المناسبة بشأن اختياراته لنوع الدراسة أو المهنة الملائمة له .

إلا أن من أهم الانتقادات التى وجهت لها :

١) تحديد ما يتمتع به الفرد من سمات - قد تكون حقيقية فعلاً - لا يقدم وصفاً شاملاً للشخصية فى صورتها الكاملة ، فالشخصية تنظيم دينامى كلى وليست مجرد حاصل جمع عدة سمات متفرقة .

٢) تجاهلت بعض هذه النظريات عملية التفاعل بين السمات المختلفة للفرد ، والتى تؤدى فى النهاية إلى ما للشخصية من تركيب فريد وصورة مميزة . فقد يتفق فردان مثلاً فى بعض السمات كالحيوية والميل إلى المخاطرة ، إلا أن هذا لا يعنى بالضرورة أنهما متطابقان من حيث الشخصية .

٣) تجاهلت بعض هذه النظريات عملية التفاعل بين السمة ومؤثرات الموقف أو الظروف التى أدت إلى ظهورها ، والمعروف أن سلوك الأفراد فى موقف ما أو ظروف بيئية معينة يعتمد على متغيرات مختلفة متفاعلة ومرتبطة بطبيعة هذا الموقف أو تلك الظروف . فالفرد مثلاً قد يبدى سمة ما كالتسامح أو الاتزان الانفعالى فى ظروف معينة ، لكنه فى ظروف أخرى يظهر نقيض هاتين السمتين كأن يبدو هجومياً عدوانياً متوتراً .

٤) رغم أهمية الاختبارات النفسية فإننا قد نجد أفراداً لا يجيبون بصراحة وأمانة على أسئلتها ، ربما لأنها تكشف عن سمات يرونها كريهة بالنسبة لهم أو مخجلة برغم وجودها الحقيقى لديهم . وقد لا يدرك بعض الأفراد أيضاً تأثير بعض السمات على سلوكهم لكونها غير شعورية .

ثانياً : النظريات النفسدينامية

١- نظرية فرويد فى التحليل النفسى :

واضع هذه النظرية هو الطبيب النمساوى سيجموند فرويد S . Freud (١٨٥٦ - ١٩٣٩) وقد أثرت هذه النظرية بعمق فى علم النفس ولدى العامة من الناس ، وامتدت تأثيراتها إلى ميادين عدة أخرى كالأنثروبولوجيا والاجتماع والفنون والآداب والسياسة وغيرها . وقد يصعب أن نجد نظرية أخرى فى تاريخ علم النفس لاقت ما لاقته نظرية التحليل النفسى من اتفاق واختلاف ، ومازالت حتى يومنا هذا موضوعاً لجدل واسع بين العلماء . وقد سبق أن عرضنا فى الفصل السابق لجانب منها ونعرض فيما يلى لبقية جوانبها .

الدوافع الغريزية للسلوك :

افترض فرويد وجود مجموعتين متعارضتين من الغرائز لكل منهما مصدر يمدها بالطاقة ، وموضوع تتجه إليه بغرض الإشباع ، وهدف تبتغيه .

أ - غرائز الحياة : Life Instincts (الإيروس Eros) وهدفها التكاثر وتحقيق البقاء وحفظ

النوع ، والقوة الدافعة لها هى الطاقة الجنسية (الليبيدو) وهى الطاقة التى تشمل كما أسلفنا كل ما تتضمنه كلمة حب سواء للذات أم الجنس الآخر أم الزوج أم الأهل والعشيرة أم المبادىء والأفكار المجردة أم الموضوعات الحاسية .. وهكذا . وغاية غرائز الحياة هى الإنشاء وبناء وحدات تتزايد باستمرار .

ب- غرائز الموت Death Instincts (الثناطوس Thanatos) وهدفها الفناء وهى تدفع إلى العدوان والتدمير والهلاك ، ذلك أن الهدف الأخير لكل كائن عضوى هو الرجوع إلى الحالة اللاعضوية ، ومن ثم فغاية غرائز الموت هى حل التجميعات والوحدات سعياً إلى الفناء والعدم ، فالكائن العضوى صائر إلى زوال .

وتعد العمليات السلوكية جميعاً " تآليف متعارضة أو متوافقة من طائفتى الغرائز – الحياة والموت – فهى " امتزاج" أو " اختلاط " بينهما . ويؤدى فساد المزيج ، أو "انفصام الحوافز" إلى اختلالات فى السلوك : مثال ذلك أن الغلو فى العدوان الجنسى يجعل من المحب قاتلاً . والانخفاض الشديد فى العدوان يؤدى إلى الخجل أو العنة " (دانيبل لاجاش ، ١٩٧٩ : ٤٨)

المبادىء الحاكمة للحياة النفسية :

١- مبدأ الثبات والاتزان : وينص على ميل الكائن العضوى إلى خفض توتراته إلى أدنى مستوى ممكن بلوغاً لحالة الاتزان أو الثبات . ويفسر هذا المبدأ السعى الدائب من قبل الفرد لمواجهة التوترات الناجمة عن المثيرات والمنبهات الداخلية والخارجية ، ونزوعه إلى تفريغ طاقته فى موضوعات معينة ، ودفاعه ضد الأخطار .

٢- مبدأ اللذة : افترض فرويد وجود نزعة فطرية داخل الكائن العضوى لالتماس اللذة والسرور وتجنب الألم ، وتخضع حياة الفرد فى سنيه الأولى خاصة لهذا المبدأ الذى يكون مسيطراً على " الهو" ، وقد يستمر مسيطراً على سلوك الفرد بعد ذلك من خلال تنظيم العمليات اللاشعورية على نحو ما هو فى حالات المرضى النفسيين الذين ينصرفون بصورة إما كلية أو جزئية عن الواقع الذى لا يطيقونه أو لا يستطيعون احتماله .

٣- مبدأ الواقع : وهو تعديل مكتسب يطرأ على مبدأ اللذة بحكم نشوء الأنا كنظام حاكم للشخصية ، حيث يحل مبدأ الواقع محل مبدأ اللذة ، ويسود حياة الراشدين والكبار ليحقق نفس غاياته ولكن بما يتمشى مع الظروف والاعتبارات التى يفرضها العالم الخارجى . ومع ذلك قد تظل بعض أنماط النشاط النفسى الخاضعة لمبدأ اللذة قائمة ومستمرة لدى بعض الناس : كالخيال الذى يتبدى فى لعب الأطفال وفى أحلام اليقظة ، وأنماط الإشباع التى يتأخر نضجها بمعنى عدم تلازمها مع الموضوعات الخارجية : كالعادة السرية مثلاً لدى بعض الشباب .

٤- مبدأ إجبار التكرار : يشير هذا المبدأ إلى نزوع الفرد جبرياً أو قهرياً إلى تكرار الخبرات الماضية القوية ، وبحذافيرها ، أياً كانت نتائجها سارة أم ضارة ، ومن وجوهه النكوص والتحويل ، ويعد التثبيت أساس هذه التكريرات القهرية . ويشير فرويد إلى أن تلك التكريرات القهرية لأنماط سلوكية وخبرات ماضية تنشأ عن حاجة قائمة بذاتها إلى التكرير وتتعدى مجرد اللذة إلى ما وراء اللذة . واستمد الوقائع التى استند إليها فى وجود هذا المبدأ من الأمراض العصابية الناجمة عن الصدمات - حيث يكرر المصابون بعصاب الحرب الخبرات المؤلمة التى مروا بها - ومن لعب الأطفال حيث ينزع الأطفال إلى تمثيل المواقف المؤلمة ، وكذلك من سلوك المرضى الذين يستعيدون خبراتهم المؤلمة ويكررون المواقف الكريهة بالنسبة لهم أثناء عملية التحويل .

الجهاز النفسى :

ميز فرويد بين ثلاثة أجهزة رئيسة أو تشكيلات للشخصية ، لكل واحد منها مكوناته وخصائصه ووظائفه والمبدأ الذى يعمل وفقاً له ، ومع ذلك فإنها على اتصال وثيق وتفاعل مستمر ، ويعتبر سلوك الفرد محصلة للتفاعل والصراع فيما بينها . وهذه النظم هى : الهو أو الهى ، الأنا ، الأنا الأعلى .

١- الهو I D : ويمثل هذا النظام الصورة البدائية للشخصية قبل أن تتطبع اجتماعياً ، ويعتبر مستودع الطاقة البيولوجية النفسية أو المنبع الذى تتزود منه بقية النظم الأخرى لتؤدى عملياتها . ومن خصائصه أنه لا شعورى صرف فليس بينه والعالم الخارجى الواقعى اتصال مباشر أى أنه لا يرتبط بالواقع ، كما أنه لا يعترف بالزمان ولا بالمنطق ، ولا يعطى أى وزن للقيم والاعتبارات الاجتماعية . ويذكر سيد غنيم

(١٩٧٥) أن سلوك الطفل وسلوك الذهانى هما أقرب الصور تمثيلاً للهو . فالطفل يسلك سلوكاً أنانياً تماماً لإشباع رغباته دون مراعاة لحاجات الآخرين . وكذلك الذهانى يسلك كيفما يحب ويعجبه (ص : ٤٩٥) .

ويتكون الهو من الحاجات البيولوجية الأساسية كالجوع والعطش والتنفس ، بالإضافة إلى الحفزات * والغرائز الجنسية والعدوانية . ومن ثم يعمل جاهداً على تحقيق الإشباع الفورى لها ، ولا يخضع فى ذلك لشىء سوى مبدأ واحد فقط هو "مبدأ اللذة وتجنب الألم" ، ووفقاً لعمليتين هما :

أ - الفعل المنعكس : وهو رد فعل طبيعى لا إرادى يؤدى إلى خفض التوتر .

ب - العمليات الأولية : وهى صور ذهنية لشىء ما مرغوب ارتبط فى السابق بإشباع حافز ما وخفض التوتر . ففى حالة الجوع مثلاً ، يمكن تكوين صورة خيالية (ذهنية) لقطعة لحم مشوى يسيل لها اللعاب فيشعر المرء بإشباع لحظى خيالى ، إلا أن هذه العملية الأولية لا تكفى لتحقيق الإشباع الحقيقى وخفض التوتر ، فالجائع لا يأكل الصورة الذهنية للطعام . ومن هنا يأخذ النظام الثانى من نظم الشخصية فى التشكيل والتمايز ليكون حلقة اتصال بين الهو والواقع .

٢- الأنا Ego : تنشأ أساساً لخدمة أغراض الهو وتنظيم إشباعاته بحيث تتفق مع الواقع ، أو بقدر ما تسمح به مطالب الحياة الواقعية وعن طريق مخارج وصور مقبولة اجتماعياً لهذا الإشباع . أى أن من أهم وظائفها الحفاظ على توازن الشخصية ، والتوفيق بين مطالب الهو باندفاعيتها ورعونتها وبهيميتها من جانب ، والظروف الخارجية من جانب آخر ، لذا تتسم الأنا بالتفكير الموضوعى والمعقولية ومراعاة الاعتبارات الاجتماعية . وهى تعمل وفقاً لمبدأ الواقع الذى يرجىء اللذة ويحول دون تفريغ التوتر إلى أن يتم اكتشاف موضوع مناسب لتحقيق إشباع واقعى ، حيث تكبح الأنا جماح الهو وتؤجل إشباع دوافعه للوقت المناسب ، ومن هنا يقال أنها تعمل على أساس العملية الثانوية .

---

* الحفز حالة من التفكك والتوتر تحرك الكائن الحى بحيث لا يهدأ إلا مع خفض التوتر واستعادة تكامله (مبدأ الثبات) . ومصدر الحفز فى رأى التحليل النفسى هو الغرائز . (دانييل لاجاش ، ١٩٧٩ : ٧٢).

٣- الأنا الأعلى Super Ego : ويقوم بدور الرقيب الداخلى أو الضمير ، ويتشكل من الأخلاقيات والمثاليات والقيم العليا من عدل وخير ، ومن ثم فهو مثالى وليس واقعيا ، ويتكون بالتعلم والتربية عن طريق استدخال معايير الصواب والخطأ واستدماجها فى أنفسنا منذ الطفولة ، لذا يعد الأنا الأعلى مصدراً للضبط الذاتى أو التحكم الداخلى فى الشخصية . ووظيفته الأساسية مراقبة الأنا ، ومساعدتها على كف الدفعات العدوانية والحفزات الغريزية الجنسية للهو والحيلولة دون الإشباع الفورى والمطلق لها ، والضغط على الأنا لإحلال المعايير الأخلاقية فى إشباع الحاجات محل الواقعية والعمل على بلوغ الكمال .

هذا يعنى أنه مع تمايز الأنا الأعلى يزداد الضغط على الأنا ، فبعد أن كانت تعمل على التوفيق بين قوتين هما الهو بغرائزها والواقع بمتطلباته ، وعلى الحيلولة دون الصدام المباشر بينهما ، أصبحت تتنازعها ثلاث قوى عليها التوفيق بينها فى وقت واحد هى : الهو ، والواقع ، والضمير . وهكذا تصبح النظم الثلاثة فى تفاعل مستمر بل فى صراع متواصل نتيجة تعارض مصالحها بغية الوصول إلى حالة توافقية توازنية ومن هنا تتولد الدافعية والدينامية . ومن مظاهر هذا الصراع أنه بما أن الهو يتكون أساساً من غرائز بيولوجية تبحث عن الإشباع الفورى بأى صورة وبأى ثمن ، وأن الأنا تتكفل أساساً بالتوفيق بين مطالب الهو والواقع فإنها تحاول إرضاء الهو بطرق مختلفة إما بإشباع غرائزه بأسلوب يتفق مع المتطلبات الواقعية والاجتماعية ، أو بتأجيل هذا الإشباع ، أو بتحوير هذه الغرائز أو الاستعاضة عنها بدوافع أخرى ، وقد لا يتم الإشباع تماماً ، وعندئذ تستخدم الأنا عملية نفسية لا شعورية يطلق عليها " الكبت " لتستبعد عن طريقها الحفزات البدائية والغريزية للهو والتى لا يمكن إشباعها فى الواقع من مستوى الشعور " الوعى بها " إلى مستوى آخر عميق هو اللاشعور فتختزنها فيه لأن المجتمع لا يقبلها ولا يقرها . وتبقى هذه المواد المكبوتة فى اللاشعور تحت الرقابة الصارمة من الرقيب أو الضمير . إلا أن ذلك لا يعنى اختفاءها تماماً . وإنما تظل حبيسة فى مستودعها "تطل برأسها" وتؤثر على سلوك الفرد دون وعى منه وتتحين الفرصة للنفاذ مرة أخرى إلى مسرح الشعور ، فإذا ما غابت الرقابة أو ضعف الرقيب (الأنا) نجدها تعبر عن نفسها بصور رمزية مختلفة كالأحلام وزلات القلم وفلتات اللسان ، والحيل الدفاعية ، وفى صور أعراض الاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة التى سنتناولها بعد ذلك .

وكما أسلفنا الإشارة فى مواضع سابقة فإن سلوك الفرد يعد محصلة للعلاقات والتفاعلات بين هذه النظم أو الأجهزة الثلاثة ، كما أن توافقه واتزانه وسلامة صحته النفسية تتوقف على مدى قوة الأنا وتحكمها فى التوفيق بين القوى المتصارعة المحركة لهذه النظم ، وفى الموازنة بين ضغوطها ومطالبها المتعارضة ، فإذا اختل الأنا ، ودانت السيطرة لإحدى القوتين الأخريين المتطرفتين - الهو والأنا الأعلى - اختلت الشخصية برمتها واضطربت .

الحالات الشعورية :

ربما تبينّا مما سبق أنه توجد حالات أو بالأحرى مستويات شعورية مختلفة ، وقد اعتقد فرويد بوجود ثلاثة منها هى الشعور ، اللاشعور ، ما قبل الشعور .

١- الشعور Consciousness : وهو المستوى السطحى من هذه الحالات ، ويمثل الحالة العقلية التى يكون فيها الفرد واعياً تماماً بما يفعله ويتصرف وفقاً له ، وبما يقع حوله من مكونات أو يدور من أحداث . حيث تنقل إلينا الحواس المعلومات عما يحيط بنا ونستجيب إلى المواقف وفق مقتضياتها .

٢- اللاشعور Unconsciousness : وهو المستوى العميق أو المنطقة المظلمة من الشخصية ، ويمثل المستودع الذى قذفت فيه - عن طريق عملية الكبت - كل الرغبات والقوى والحفزات البدائية والغريزية الجنسية والعدوانية ، واختزنت ألوان الحرمان المختلفة ، نظراً لعدم امكانية إشباعها لأنها غير مقبولة من المجتمع أو محرمة ، أو نظراً لصعوبة إشباعها فى الواقع بالطريقة البهيمية للهو . ولأن بقاء هذه الرغبات والحفزات والحرمانات فى مستوى الشعور يهدد احترام الفرد لذاته وقد يشعره بالخزى ، فإنها تكبت فى اللاشعور بحيث يصعب استدعاؤها ، إلا أنها وكما أسبقنا تسعى جاهدة للظهور ، وتؤثر على سلوك الفرد دون وعى منه فى حالات معينة وبصور رمزية شتى .

٣- ما قبل الشعور Preconsciousness : وهى الحالة العقلية التى يكون فيها الفرد بين الشعور واللاشعور ، وتحتوى على كل ما هو كامن أو فى حالة غياب مؤقت لكن يسهل استدعاؤه إلى مستوى الشعور مثل الذكريات والمعلومات التى يمكن استحضارها بشىء من التركيز الشديد والإرادة القوية .

وجهة نظر نقدية فى التحليل النفسى :

ذهبت نظرية التحليل النفسى إلى أن الطاقة الغريزية الجنسية هى المحرك الأساسى لسلوك الفرد ، بل إن مراحل نمو الطفل ذاتها هى تعبير عن نمو هذه الطاقة ، كما نظرت إلى الشخصية كما لو كانت حياتها رحلة كفاح مرير من أجل إشباع حفزات ورغبات جنسية وعدوانية متأصلة فيها . وقالت بأن مدى الإشباع الذى يحقق للطفل ، والطريقة التى يلقاها من القائمين على أمره إزاء هذا الإشباع فى كل مرحلة نمو ، وما يصاحبها من إحباطات وكف وقمع ومن ثم الكبت ، لها أثر بالغ فى تشكيل ملامح شخصيته وإرساء مقومات سلوكه وتصرفاته فى مستقبل عمره . وعلى هذا الأساس فسرت سلوك الفرد ، وردّت كل صور الاضطرابات والأمراض النفسية التى تعبر عن اعتلال الصحة النفسية . ومن ثم أولت النظرية اهتماماً خاصاً لأثر خبرات الماضى والسنوات الأولى من عمر الطفل على تكوين الشخصية .

نظر فرويد إلى الشخصية كما لو كانت ميداناً لصراع دائم بين قوى ومبادىء ونظم متعارضة (ما بين غرائز الحياة وغرائز الموت ، ما بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع ، ما بين الهو ببدائيته وبهيميته والأنا بمعقوليتها وواقعيتها والأنا الأعلى بتشددها ومثاليتها ، ما بين الأنا ومحتويات اللاشعور التى هى فى حالة استنفار دائم ... وهكذا) .

وعلى الرغم مما تميزت به نظرية فرويد من عمق وإحاطة بجوانب النفس البشرية ، وما حوته من مستجدات لم نكن نعرفها قبلها أسهمت فى تطوير معرفتنا بخبايا الحياة اللاشعورية وديناميتها وأثرها على السلوك ، فقد تعرضت نظرية التحليل النفسى لانتقادات حادة سقنا بعضها فى الفصل السابق حيث أشرنا إلى أن فرويد جمع مادته العلمية التى بنى على أساسها نظريته من ملاحظاته عن مرضاه - وهى حالات محدودة طارئة وغير طبيعية - وأغفل العاديين من الناس وهم الغالبية العظمى ، كما شدّد على دور الطاقة الجنسية كمحور للنمو النفسى للشخصية ، ولتفسير السلوك العادى والمضطرب على نحو سواء ، وأغفل الكثير من التأثيرات والمحددات الثقافية والاجتماعية الأخرى التى يعتقد أن لها دوراً هاماً فى تشكيل الشخصية . بالإضافة إلى افتقار كثير من المفاهيم الواردة بنظريته إلى الوضوح والإجرائية ، والتأييد التجريبى ، ومن ثم ذهب عدد غير قليل من العلماء إلى أن النظرية تنقصها الدقة الموضوعية . ونتيجة لبعض هذه

الانتقادات وغيرها ، فقد انشق على فرويد بعض الذين تبعوه وبدءوا معه ليطوروا نظريات مستقلة خاصة بهم وأشهرهم كارل يونج ، وألفرد أدلر ، أو ليجددوا فى نظريته ويضيفوا إليها كبعض المحدّثين New Freudians من أمثال هورنى واريكسون وسوليفان ، ممن تصنف إسهاماتهم فى إطار المدرسة النفسية الاجتماعية .

وفيما يلى عرض موجز لإسهامات بعض هؤلاء المنشقين والمحدثين .

٢- كارل يونج وعلم النفس التحليلى :


كارل يونج

كان ينظر إلى الطبيب السويسرى كارل يونج C.Jung (١٨٧٥-١٩٦١) على أنه خليفة فرويد ووريث نظريته ، لكنه انشق عليه عام ١٩١٢ وأسس ما أطلق عليه مدرسة علم النفس التحليلى Analytical Psychology . وقد افترض فى نظريته أن الشخصية تتكون من عدد من الأنظمة هى الأنا ، واللاشعور الشخصى ، واللاشعور الجمعى . فالأنا هى العقل ويتكون من الأفكار والمدركات والوجدانات الشعورية ، واللاشعور الشخصى Personal Unconsious هو مستودع خبرة الشخص الذى يحتوى على المواد والذكريات المستبعدة سواء عن طريق الكبت أم القمع ، أما اللاشعور الجمعى Collective Unconsious فهو مستودع آخر أوسع موروث يتضمن كل الذكريات والأفكار والعلاقات والخبرات الماضية للجنس البشرى ، والتى تنحدر من أسلافنا وأجدادنا ، وترث الأجناس إمكانية إحيائها واستيعابها وتناقلها ، ويوجد بداخل كل منا قدر من هذا اللاشعور الجمعى ، فكل طفل يولد مثلاً ولديه استعداد لإدراك الأم ، وللخوف من الأخطار ومن المجهول ومن الظلام ، كما يولد الفرد - عبر الأجيال المتعاقبة - ولديه الاستعداد للسيطرة والقوة ، ولاستخدام الرموز . ومثل هذه الصور والاستعدادات الموروثة التى تمارس تأثيراً توجيهياً على سلوك الفرد منذ بدء حياته ، تنمو لدينا وتتدعم من خلال خبراتنا الفردية ، لتعيّن نفسها بموضوعات العالم الخارجى التى تتفق معها ، وتظهر فى الشعور وتشكل السلوك وبناء الشخصية .

وقد أطلق يونج على المكونات البنائية للاشعور الجمعى الأنماط الأولية Archetypes أو الصور الذهنية Images وهى عبارة عن " أشكال ذهنية مشاعة وعامة تتضمن قدراً كبيراً من الانفعال .. وتعمل كمراكز ذات شحنات عالية من الطاقة لها استقلال ذاتى ، وتجنح لإحداث الخبرات نفسها وتطويرها فى كل جيل ... ومنها الله ، والشمس ، والطفل ، والأم ، والحيوان ، وأمنا الأرض ، والموت .. ، فالطفل يرث تصوراً ذهنياً للأم بعامة ، ويحدد ذلك - جزئياً - كيف سيدرك الطفل أمه هو ، كما يتحدد ذلك أيضاً بطبيعة الأم ذاتها ، وبخبراته معها ، وبذا تكون خبرة الطفل نتاجاً مشتركاً لاستعداد داخلى لإدراك العالم بصورة معينة ، والطبيعة الفعلية لهذا العالم " (هول وليندزى ، ١٩٧٨ : ١١٤-١١٥) ومن الأنماط الأولية القناع Persona وهو الشكل الظاهرى للذات ، والظل Shadow أو الجانب المظلم من الذات الذى يمثل الغرائز الحيوانية والشهوية ، وهو يقوم فى نظرية يونج مقام الهو فى نظرية فرويد ، والأنيما Anima (النمط الأولى الأنثوى لدى الرجل) والأنيموس Animus (النمط الأولى الذكرى لدى الأنثى) وهما ينموان لدى أفراد الجنسين من خلال الخبرات العضوية المشتركة ، فالرجل يكتسب نتيجة حياته مع المرأة أنوثة والعكس صحيح بالنسبة للمرأة . وآخر هذه الأنماط الأولية وأكثرها أهمية هى الذات Self التى يعدها يونج بمثابة مركز الشخصية التى تتجمع من حوله النظم الأخرى ، وتكتسب الشخصية عن طريقه الوحدة والتوازن والاستقرار والثبات النسبى .

وقد رفض يونج فى نظريته فكرة عقدة أوديب ، ونظرية فرويد فى مراحل النمو النفسجنسى ، ونظر إلى مفهوم الليبيدو على أساس أنه أوسع من مجرد مفهوم الجنس - الذى قصره عليه فرويد فى بادىء الأمر - حيث رأى يونج أنه يشمل الطاقة النفسية العامة للحياة ككل ، كما رفض التشديد على خبرات الطفولة فقط فى تفسير السلوك ، وأكد على أن فهم الشخصية لا يتحقق بتحليل السلوك فى ضوء تفسيرات تاريخية عِلّية (سببية) فحسب ، وإنما فى ضوء الغايات والأهداف والتوجهات المستقبلية والطموحات والآمال التى يتطلع الفرد إلى تحقيقها ، ونوّه بالدين كعنصر أساسى فى الحياة النفسية وهدايتها . كما عنى بالأنماط النفسية (الانبساطى والانطوائى) وبالوظائف النفسية الأربع وهى التفكير والوجدان والحدس والإحساس ، والتى سبق التنويه بها فى سياق النظريات الاستعدادية .

٢- ألفرد أدلر وعلم النفس الفردي :


ألفرد أدلر

كان الطبيب النفسي النمساوي ألفريد أدلر Adler (١٨٧٠-١٩٣٧) أحد أتباع فرويد ثم انشق عليه عام ١٩١١ ليؤسس مع مجموعة أخرى مذهب علم النفس الفردي Individual Psychology . وقد عارض أدلر - قبل يونج - فكرة التشديد المبالغ فيه على تأثير النواحي الجنسية في نمو الشخصية ، ورفض تقسيم الشخصية إلى نظم وقوى فرعية ، وأكد بدلاً من ذلك على وحدة الشخصية وتماسكها واتساقها ، وأيد تأثير الخبرات الطفولية المبكرة على نمو الشخصية ولكن من زاوية اجتماعية ، فقد أبرز أهمية العلاقات الاجتماعية في بناء الشخصية وتحديد السلوك ، ورأى أن الإنسان تحركه اهتمامات وميول اجتماعية أصلاً وليست قوى بيولوجية وغرائز جنسية ، وأن الشخصية اجتماعية بفطرتها .

ونادى بأن الشعور- وليس اللاشعور - هو مركز الشخصية وأن الإنسان كائن شعوري يعرف نقائصه وأسباب سلوكه ويدرك أهدافه التي يسعى إلى بلوغها ، ويخطط لأعماله ويفطن إلى معناها بالنسبة لتحقيق ذاته . كما نادى بغائية السلوك مقابل علّيته في نظرية فرويد ، فالإنسان تحركه توقعات وتوجهات وأهداف أو غايات مستقبلية أكثر مما تدفعه خبرات ماضية .

وتحدث أدلر عن إرادة القوة ثم الكفاح في سبيل التفوق كهدف نهائي يسعى إليه الفرد من أجل بلوغ الكمال وتحقيق رغبته في السيطرة والتفوق ، ورأى أن الدافع للتفوق هو المسئول عن تقدم الفرد والجماعة ، وأنه بينما يكافح الشخص العصابي من أجل أهداف أنانية ، فإن الشخص المتمتع بشخصية سليمة يكافح من أجل أهداف نبيلة وذات طابع اجتماعي تؤدي إلى نهوض المجتمع وتقدمه . كما عنى أدلر بالحديث عن العجز العضوي والشعور بالنقص كقوة محركة ودافعة لسلوك الفرد بغية التعويض Compensation عن سائر أشكال القصور الجسمي والعقلي والاجتماعي التي يستشعرها سواء بصورتها

الحقيقية أم المتوهمة . فالشخص المصاب بعجز ما ينزع إلى التعويض عنه بالتدريب ، مثلما تحرك الطفل مشاعر النقص لبلوغ مستوى أعلى من النمو ، فإذا ما وصله نزع إلى الشعور بالنقص ثانية فيتحرك إلى الأمام التماساً لبلوغ مستوى أرقى .. وهكذا . كما ذهب إلى نشوء ما أسماه بعقدة النقص Inferiority Complex وما يترتب عليها من تعويض زائد إذا ما أخفق المرء في تحقيق التعويض المناسب عن شعوره بالنقص والقصور .

وطرح أدلر مفهوم أسلوب الحياة Style of Life كمنبع لسلوك الفرد ، فلكل منا أسلوب حياته الفريد الذي يميزه عن غيره من الأفراد ، ويملي عليه اهتماماته ونشاطاته وعلاقاته ، ويفرض عليه عاداته وطقوس حياته اليومية والاجتماعية ، فالمثقف له أسلوب حياة ، والرياضي له أسلوب حياة ، وبالمثل الطفل العليل ، والغبي ، والمراهق ، وطالب الجامعة .. وهكذا . ويتشكل أسلوب حياة الفرد في سن مبكرة في ضوء النواحي الجسمية والنفسية والظروف الاجتماعية الخاصة به ، ثم يأخذ في الاستقرار النسبي بعد ذلك ويميز سلوكه وشخصيته . ورأى أدلر من خلال خبرته العلاجية أن " ثمة ثلاثة عوامل يمكن أن تخلق أساليب حياة غير متكيفة إلى حد ما ، وهي نواحي القصور البدنية أو العقلية ، ثم الطفولة المدللة أو المتسامحة بشكل زائد عن الحد ، ثم النبذ والإهمال الشديد في الطفولة " . (سيد غنيم ، ١٩٧٥ : ٥٤٦)

وتوّج أدلر نظريته بمفهوم آخر هو الذات الخلاقة Creative Self والتي رأى أنها خطوة أبعد في بناء الشخصية من أسلوب الحياة ، وأنها المحرك الرئيسي لكل ما هو إنساني ، ذلك أن الفرد الإنساني أكثر من مجرد كونه حيوان تحركه بواعث غريزية كما أنه أكثر من كونه ناتج للبيئة ، فهو الذي يصنع شخصيته الفريدة الأصيلة والمبدعة بطريقته الذاتية ، فيحوّل ما هو وراثي وبيئي إلى بناء شخصي ذاتي موحّد وديناميي له طابعه الخاص ومن ثم فهو خلاّق . وفي معرض تعقيبهما على نظرية أدلر في الشخصية يذكر كالفين هول وجاردنر ليندزي (١٩٧٨ : ١٧٠) أن أدلر " أضفى على الإنسان غيرية وإنسانية ، وتعاوناً وابتكارية ، وتفرداً وفطنة ووعياً ، فأعاد للإنسان الإحساس بالكرامة والجدارة ، وهو ما حطم التحليل النفسي القدر الأكبر منه " .

٤- كارين هورنى : Horny (١٨٨٥ - ١٩٥٢)


كارين هورنى

ذهبت عالمة النفس الألمانية المولد كارين هورنى إلى أن أفكارها تنتمى إلى نظرية فرويد ، بيد أنها تحاول تصحيح بعض الأفكار الفرويدية التقليدية ، فقد عارضت فكرة حسد القضيب التى ساقها فرويد كعامل محدد لسيكولوجية المرأة ، وأن العدوان غريزة فطرية فى الإنسان ، وتناولته كوسيلة يحاول بها الإنسان حماية أمنه والدفاع عن استقراره ، كما أكدت على أن الصراع والقلق ليسا جزءاً من طبيعة الإنسان ، وإنما هما ينتجان أصلاً عن ظروف اجتماعية تنحدر من خبرات الطفولة المبكرة التى يشعر فيها الفرد باضطراب إحساسه بالأمن خلال علاقته بالوالدين ، وما يلقاه من لا مبالاة وإهمال وعدم احترام لاحتياجاته الفردية ، والافتقار إلى التوجيه والعاطفة الثابتة ، والخلافات العائلية ، والتذبذب فى المعاملة والإسراف فى التدليل أو الحماية الزائدة .. وغيرها مما يتصل بالبيئة المنزلية والاجتماعية والتفاعلات المبكرة بين الطفل ووالديه .

وأكدت هورنى فى نظريتها على السلوك العصابى ، ومفهوم القلق أو الحصر الأساسى Basic Anxiety الذى يؤدى إلى تطوير مجموعة من الأساليب السلوكية تصبح فيما بعد جزءاً من الشخصية أسمتها بالحاجات العصابية ، وهذه الحاجات هى التى تَصدُر عنها الصراعات الداخلية لدى الفرد ، وقد سبق أن عرضنا لها فى الفصل الخامس . كما قدمت مفهوم صورة الذات المثالية Idealized Self Image كصورة زائفة عن الشخصية تحول دون أن يتفهم الشخص العصابى ذاته الحقيقية : فينكر صراعاته واضطرابه ، ويرى نفسه فى أحسن صورة وذلك على عكس ماهو عليه فى الواقع تماماً .

٥- هارى ستاك سوليفان Sullivan (١٨٩٢-١٩٤٩)


هارى ستاك سوليفان

طوّر الطبيب النفسى الأمريكى سوليفان نظريته المعروفة بالعلاقات الشخصية المتبادلة فى الطب النفسى ، وأكد من خلالها على أهمية العلاقات الاجتماعية والتفاعلات المتبادلة مع الوالدين خلال عملية التطبيع الاجتماعى فى نشأة السلوك المقبول أو المنحرف . وقد رأى سوليفان أن الشخصية لا تفصح عن نفسها إلا من خلال سلوك الشخص فى علاقته مع فرد آخر أو أكثر ، ومن ثم فإنه لا يمكن دراستها بمعزل عن التفاعلات والعلاقات الشخصية المتبادلة . كما رأى أن تنظيم الشخصية يتكون من الوقائع المتبادلة بين الأشخاص وليس من وقائع شخصية داخلية ، فالفرد لا يعيش بمعزل عن الآخرين ، وإنما يدخل منذ ميلاده فى علاقات متبادلة مع المحيطين به ، وأولهم الأم التى تتعهده بالرعاية ، ثم تتسع دائرة هذا الاتصال بالآخرين وتستمر سواء بصورة فعلية مع أشخاص حقيقيين ، أم بصورة متوهمة مع أشخاص خياليين ، أم عن طريق الأحلام . وتدخل العمليات العقلية التى تقوم بها ضمن هذه العلاقات الشخصية المتبادلة فنحن ندرك ونتذكر ونفكر فى إطار تلك العلاقات مثلما نشبع احتياجاتنا ونحقق أهدافنا .

وذهب سوليفان إلى أن العلاقات الشخصية المتبادلة مع الاخرين هى مصدر تكوين ما أسماه بالتشخصات Personification أو الصور والمفاهيم الذهنية التى يكونها الفرد عن نفسه وعن الآخرين ، فتَشَخُّص "الذات الطيبة " ينتج عن خبرات شخصية متبادلة لها طابع الإثابة ، وتشخص " الذات الشريرة " ينتج عن مواقف مثيرة للقلق وتشخص " الأم الطيبة " يتكون لدى الطفل نتيجة إشباع الأم لاحتياجاته وعطفها وحنوها عليه ، وذلك على العكس ومن تشخص " الأم السيئة " الذى يتشكل نتيجة خبرات مؤلمة وغير مشبعة معها تثير لديه التوتر والقلق كما ذهب إلى أن خفض مستوى التوتر هو غاية كل إنسان ، وهذا التوتر إما أن ينشأ عن احتياجات عضوية أو عن مشاعر القلق . وإلى أن القلق الكلى أو الشامل يؤدى إلى اضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة بين الفرد والآخرين ، وإلى الخلط فى تفكيره واختلال شخصيته ، وأشار إلى أن القلق ينتقل إلى الطفل فى

بادىء الأمر عن طريق علاقاته وخبراته المبكرة مع الأم ، ومن خلال مسلكها العام ونظراتها ونغمات صوتها .

ورأى سوليفان فى نظريته أن نمو الشخصية يتخذ ست مراحل قد تختلف من مجتمع إلى آخر وهى : الطفولة المبكرة ، والطفولة ، والصبا ، وما قبل المراهقة ، والمراهقة المبكرة ثم المراهقة المتأخرة . وذهب إلى أن نمو الشخصية تحكمه محددات نفسية اجتماعية أكثر مما يحكمه تفتح الغريزة الجنسية . وأن الوراثة والنضج يوفران الطبقة التحتية البيولوجية (الاستعدادات) من الشخصية ، إلا أن نظم العلاقات الشخصية المتبادلة ، والتفاعلات الاجتماعية هى التى تتيح الفرصة لظهور القدرات والأداءات الفعلية التى يصل الشخص عن طريقها إلى إشباع احتياجاته وخفض مستوى توتره . (هول ولیندزی ، ۱۹۷۸ : ١٨٥-١٩٨) .

ثالثاً : النظريات السلوكية

ظهرت السلوكية فى نهايات القرن التاسع عشر ، حيث تمتد جذورها إلى إدوارد ثورنديك Thorndike (١٨٧٤-١٩٤٩) وإيفان بافلوف Pavlov (١٨٤٩-١٩٣٦) فقد كانت نتائج دراساتهما أهم الدعائم التى أقام عليها جون واطسون Watson (١٨٨٧-١٩٥٨) المدرسة السلوكية التقليدية ، وقد استمرت السلوكية باتجاهاتها التقليدية حتى نهايات الثلث الأول من القرن العشرين - ۱۹۳۳ تقريباً - ثم بدأت حينئذ الاتجاهات السلوكية الحديثة Neobehaviorism فى الظهور على يد مجموعة من العلماء من أمثال إدوين جاثرى Guthrie (١٨٨٦-١٩٥٩) وكلارك هَل Hull (١٨٨٤-١٩٥٢) وبرهس سكنر Skinner وجون دولارد Dollard ونيل ميللر Miller . وقد تركز اهتمام السلوكية فى بادىء الأمر على عملية التعلم وكيف تتم وتكتسب وما قوانينها ، ثم توسع هذا الاهتمام ليشمل مجال الشخصية .

وقد قامت السلوكية كرد فعل للنظريات التى سبقتها ورؤى أنها تستند إلى مفاهيم غامضة ، وتعتمد على طرق تغلب عليها الذاتية - كالاستبطان - فى تفسير الظاهرات النفسية ، ومن ثم تبنى السلوكيون المنهج التجريبى الصارم والدراسة المعملية لأنماط السلوك الظاهر القابل للملاحظة الموضوعية والتقدير الكمى .

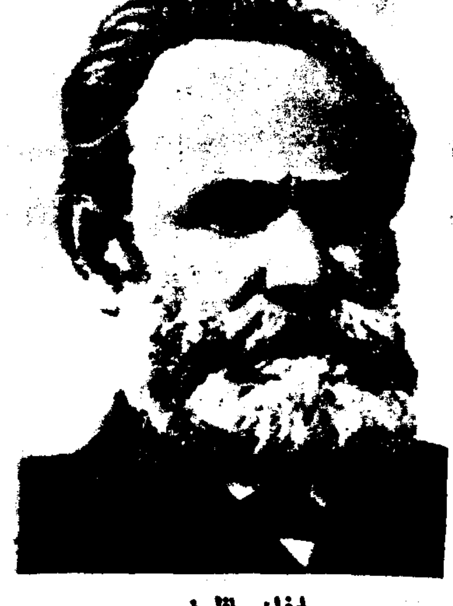
١- السلوكية التقليدية :

لعلنا نذكر ما سبقت الإشارة إليه من رفض واطسن لتأثير الوراثة كلية على سلوك الفرد وشخصيته ، وإبرازه لدور البيئة الاجتماعية فى تشكيل الشخصية ، ونبذه لفكرة الغريزة ، ونظرته إلى الانفعالات والتفكير على أنها سلوكيات موضوعية يتم اكتسابها حتى أنه اعتبر الذكاء طريقة مكتسبة فى التفكير .

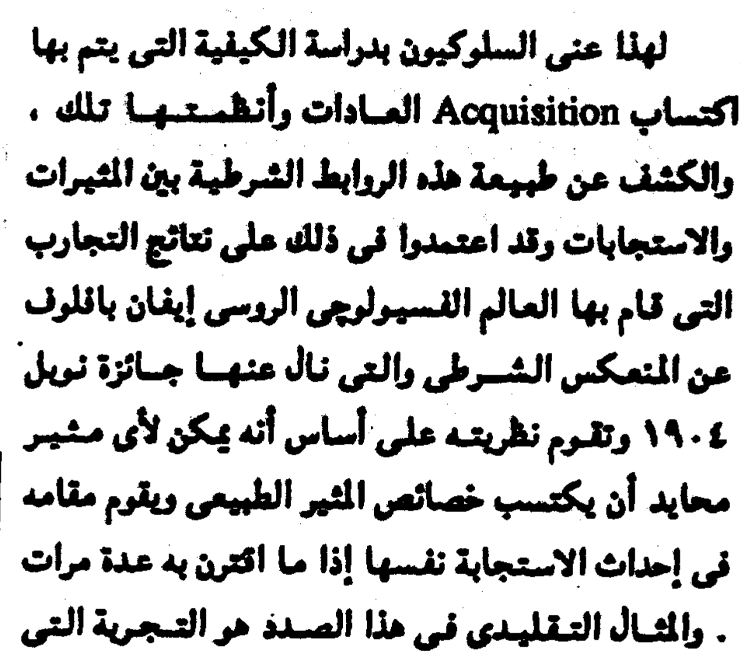
ومن أهم مبادىء السلوكية التقليدية فى نظرتها إلى السلوك والشخصية ما يلى :

١- أن الأنماط السلوكية عبارة عن ارتباطات بين مثيرات Stimulus معينة تؤدى إلى استجابات Responses محددة . (مثير "م" ← استجابة "س") .

٢- أن الشخصية عبارة عن تنظيم معين من مجموعة عادات (أنماط سلوكية) مكتسبة أو متعلمة نتيجة لما ينشأ من روابط شرطية بين المثيرات والاستجابات ، ويستوى فى ذلك الأنماط السلوكية والمضطربة .



إيفان بافلوف



لهذا عنى السلوكيون بدراسة الكيفية التى يتم بها اكتساب Acquisition العادات وأنظمتها تلك ، والكشف عن طبيعة هذه الروابط الشرطية بين المثيرات والاستجابات وقد اعتمدوا فى ذلك على نتائج التجارب التى قام بها العالم الفسيولوجى الروسى إيفان بافلوف عن المنعكس الشرطى والتى نال عنها جائزة نوبل ١٩٠٤ وتقوم نظريته على أساس أنه يمكن لأى مثير محايد أن يكتسب خصائص المثير الطبيعى ويقوم مقامه فى إحداث الاستجابة نفسها إذا ما اقترن به عدة مرات . والمثال التقليدى فى هذا الصدد هو التجربة التى

أجراها بافلوف على الكلاب ، والتى مفادها أن تقديم الطعام (مثير طبيعى) إلى الكلب يؤدى إلى إفراز اللعاب (استجابة طبيعية) :

١ مثير طبيعى		استجابة طبيعية
طعام	←	إفراز اللعاب

وعن طريق إقران تقديم الطعام بمثير آخر محايد Nutral : كصوت الجرس ، وتكرار ذلك عدة مرات ، نجد فى النهاية أن صوت الجرس بمفرده - دون تقديم الطعام إلى الكلب - قد أصبح مثيراً شرطياً Conditioned يستثير ذات الاستجابة التى كان يستثيرها المثير الطبيعى (الطعام) من قبل ، وتسمى الاستجابة فى الظروف الجديدة بالاستجابة الشرطية على النحو التالى :

٢ مثير شـرطى		استجابة شرطية
صوت الجرس	←	إفراز اللعاب

وكان من أهم مبادىء تعلم السلوك التى وصل إليها بافلوف ما يلى :

أ - التدعيم Reinforcement ب - الانطفاء Extinction .

جـ- التعميم Generalization د - التمييز Discrimination .

وبالطريقة نفسها تقريباً أجرى بافلوف تجربة أخرى يستشهد بها على ما يسمى بالعُصاب التجريبى Experimenta Neurosis حيث درّب كلباً على الاستجابة الشرطية بسيلان اللعاب عندما تعرض عليه دائرة مرسومة على بطاقة ، ثم قدم له مثيراً آخر عبارة عن شكل بيضاوى شديد الاستطالة (طوله ضعف عرضه) غير مصحوب بالمثير الطبيعى أو التدعيم الإيجابى (الطعام) ، وأخذ يكرر تقديم المثيرات بشكل متتابع الدائرة ثم الطعام ثم الشكل البيضاوى ، حتى أتقن الكلب التمييز بينها ، وعندئذ أخذ بافلوف يغير تدريجياً فى هيئة الشكل البيضاوى بحيث يكون مشابهاً لشكل الدائرة ، فظل الكلب مستمراً فى إفراز اللعاب استجابة للشكل الدائرى وعدم إفراز اللعاب للشكل البيضاوى إلى أن وصل الشكل البيضاوى إلى نسبة ٩:٨ فى الفارق بين طوله وعرضه أى أنه أصبح أقرب ما يكون إلى شكل الدائرة ، وعندئذ أصيب الكلب بحالة من الانهيار العصبى وأصبح سلوكه عدوانياً عنيفاً ، وفقد الاستجابة التى كان قد تعلمها من قبل ، ورفض الطعام ، وقد أرجع بافلوف حالة العُصاب تلك إلى صراع الكلب ما بين الاستجابة بسيلان اللعاب وعدمها . (السيد محمد خيرى وآخرون ، ١٩٧٣ :١٣٨)



ثورنديك

كما كشف ثورنديك من خلال دراساته عن التعلم بالمحاولة والخطأ عن الآثار القوية لقوانين التكرار والأثر والاستعداد فى تقوية الروابط بين المثيرات والاستجابات واكتساب السلوك وتعلمه .



جون واطسون

وللتدليل على أن السلوك متعلم ومكتسب أجرى واطسون (١٩١٩ تقريباً) إحدى التجارب ليبرهن على أن عادة الخوف يمكن تعلمها . واختار لها طفلاً متبلد الانفعال Stolid يدعى ألبرت اعتاد اللعب بفأر أبيض ، وقد أمكن لواطسن أن يعلم الطفل الخوف من هذا الفأر الأبيض الذى كان يألفه ويسعد به من قبل ، وذلك عن طريق إقرانه بمثير طبيعى للخوف هو الصوت القوى المفاجىء نتيجة الطرق بشاكوش على قضيب من الحديد ، وقد بدأ الاشتراط أو الاقتران فى الشهر الحادى عشر من عمر الطفل ، حيث كان يقدم له الفأر الأبيض وفى الوقت ذاته يطرق بالشاكوش على قضيب الحديد فيصاب الطفل بالفزع نتيجة للصوت الشديد . وبعد أسبوع كرر واطسون محاولات الاقتران بين الفأر (مثير محايد لا يثير الخوف أصلاً) وصوت الطرق على الحديد (مثير طبيعى للخوف) وبعد خمس محاولات وجد أن المثير المحايد (الفأر) قد أصبح مثيراً شرطياً يستثير الخوف عندما يقدم بمفرده للطفل . أى أنه بفعل قانون " تكرار" تقديمه مقترناً بمثير طبيعى للخوف (صوت الطرق على الحديد) فإنه قد اكتسب صفاته ، وأدى إلى تعلم الطفل عادة الخوف . على أن الأمر لم يتوقف عند هذا فقط بل وُجد أن الطفل بعد خمسة أيام من إشراط Conditioning استجابة الخوف لديه لم يعد يخاف الفأر فحسب بل من كل ما هو " ذو خاصية فرائية " : كالأرانب وفراء عجل البحر والقطن الطبى ، وذلك بفعل مبدأ أو قانون التعميم Generalization . وبعملية الاشتراط نفسها أمكن أيضاً لواطسون ومساعدوه خلال تجارب أخرى إزالة بعض المخاوف المرضية لدى أطفال آخرين .

ويستدل السلوكيون عن طريق هذه التجارب وغيرها على أن السلوك المرضى يمكن تعلمه واكتسابه ، كما يمكن إزالته أو التخلص منه ، شأنه فى ذلك شأن السلوك العادى .
ويرون أن الاضطراب الانفعالى الاجتماعى ينتج عن عامل من العوامل التالية :

١- الفشل فى تعلم أو اكتساب سلوك مناسب .

٢- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مَرَضية .

٣- مواجهة الفرد مواقف صراعية تستدعى منه أن يقوم بعملية تمييز واتخاذ قرارات يعجز عن القيام بها (عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٧٦ : ٤٠) .

ويرى السلوكيون أن الشخصية تنظيم غير ثابت أو دائم فهى عرضة للتغير والتعديل المستمر ، لذا فهم ينكرون فكرة وجود سمات عامة ثابتة ولو حتى نسبياً تميز شخصية فرد ما عن غيره من الأفراد ، وأكدوا مقابل ذلك على أن تنظيم الشخصية فى جوهره يعتمد على مسألة التعلم فالشخصية عبارة عن مجموعة من العادات الخصوصية والنوعية أو الأساليب السلوكية التى يتعلمها الفرد ويكتسبها ، وهذه العادات والأساليب السلوكية تتشكل بحسب طبيعة كل موقف بيئى يتعرض له الفرد ، بمعنى أنه لا يوجد شخص أمين أو منبسط باستمرار ، كما لا يوجد شخص عدوانى أو متسلط دائماً أو حتى فى أغلب الأحيان ، لأن مثل هذه الصفات ليست صفات للشخص ذاته وإنما هى صفات للسلوك الذى يصدر عنه فى مواقف معينة . وأنه كلما تكررت تلك المواقف وتشابهت فإنه يحتمل أن يظهر السلوك بهذه الصفة أو تلك . وهكذا فإنه بحسب طبيعة الموقف يكون السلوك أميناً أو انبساطياً أو عدوانياً .

ومن البحوث التى رأى السلوكيون أن نتائجها تدعم ذلك دراسة هارتشورن وماى (Hartshorne & May) على عدة آلاف من الأطفال بمختلف طبقات المجتمع الأمريكى ، وذلك لقياس بعض سماتهم الخلقية كالأمانة والعطف والتعاون ، وأتيح لهؤلاء الأطفال ممارسة ألوان من السلوك الأمين والغش دون أن يفطنوا إلى الغرض من التجربة ، ووجد الباحثان أن العلاقة ضعيفة بين السلوك اللفظى للطفل والمعلومات الخلقية لديه عن التعاون أو العطف من جانب ، وسلوكه الفعلى العملى من جانب آخر ، بمعنى أن السلوك اللفظى يختلف عن السلوك الفعلى . ووصل الباحثان من ذلك إلى أن ما يسمى بالسمات العامة ليس سوى مجموعة من العادات النوعية التى تتوقف على طبيعة المواقف

ونوعيتها . وأن التشابه فى سلوك الأفراد فى المواقف المختلفة يكون بقدر التماثل فى تلك المواقف . (سيد محمد غنيم ، ١٩٧٥ : ٢٣٩)

وجهة نظر نقدية

لعل أهم مميزات السلوكية لجوء أقطابها إلى المنهج العلمى الموضوعى فى دراسة مظاهر السلوك الممكن ملاحظتها وإخضاعها للقياس وتقديرها كمياً .

وربما يكون هذا المنهج هو أصلح مناهج البحث لأنماط السلوك الظاهر الذى حددته السلوكية موضوعاً أساسيا لدراستها ، لكنه قد لا يكون بالضرورة المنهج الوحيد لمختلف الظاهرات النفسية التى أغفلتها .

ويؤخذ على هذه النظريات السلوكية ما يلى :

١- إنكارها التام لأثر الوراثة على الشخصية ، وهو زعم تؤيده نتائج كل البحوث النفسية التى أجريت فى هذا الشأن " راجع العوامل المؤثرة على نمو الشخصية " .

٢- نظرتها إلى العادات على أنها أنظمة سلوكية متعلمة غير ثابتة ، وإنما هى تتعدل وتتغير بحسب طبيعة الظروف ونوعية المواقف ، فالشخص قد يكون أميناً صادقاً مع والديه لكنه ربما يكون غشاشاً فى موقف الامتحان أو كاذباً مع رئيسه فى العمل . وقد يكون متعاوناً مع أخيه لكنه يبدو أنانيا فى سلوكه مع أقرانه بالمدرسة .. وهكذا . وتلك وجهة نظر قد يعوزها الصواب ، لأن هناك عادات متأصلة وعميقة وثابتة لدى الفرد تقاوم التغيير " فربة البيت التى كونت عادة النظام والترتيب فى البيت تظل هذه العادة ثابتة عندها حتى أننا نتوقع أنها لا ترتاح إلا بعد أن تعيد البيت إلى نظامه الذى اعتادت عليه ، والرجل السخى الكريم قد يجعلنا نحكم بأن نقص دخله سوف لا يؤثر كثيراً على عادة سخائه" (سيد غنيم ، ١٩٧٥ : ٢٤٦) .

٣- حصرت السلوكية كل اهتماماتها فى السلوك الممكن ملاحظته موضوعياً وبشكل مباشر ، وأغفلت كل ما لا يمكن ملاحظته مباشرة من جوانب الشخصية . هذا فضلاً عن أن السمات الظاهرة قد لا تعبر بصدق ودقة عن شخصية صاحبها لا من الناحية الشعورية ولا من الناحية اللاشعورية فالشجاعة الظاهرة قد تخفى وراءها جبناً وخسة ، والكرم والسخاء قد يبطنان وراءهما أغراضاً دنيئة * .

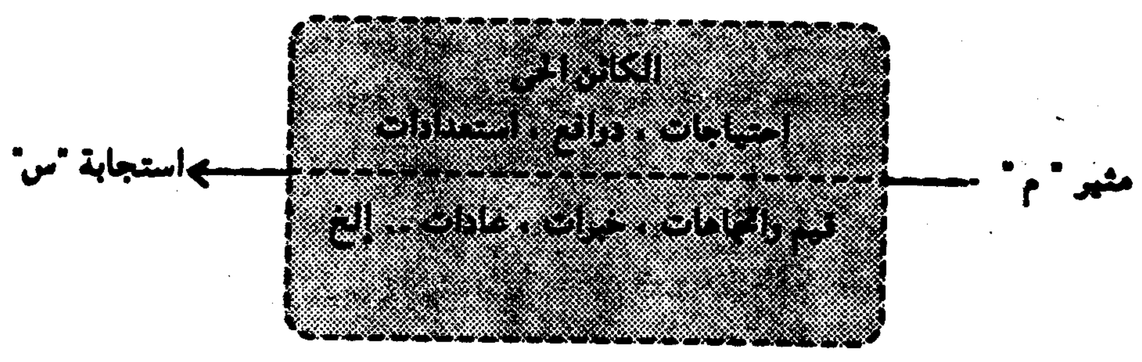
* يُجمل المثل الشعبى هذا المعنى فيقول " ف الوش مراية ، وف القفا سلاية " .

٤- ربطت السلوكية بين المثير والاستجابة ربطاً آلياً ميكانيكياً ، حيث تراهما محكومين بقوانين التعلم كالتلازم والتكرار والأثر والتدعيم .. الخ ، دون الفطنة إلى طبيعة المثير الواحد من حيث إنه يمكن أن يؤدى إلى استجابات متباينة لدى الأفراد المختلفين . بل إن الاستجابة الواحدة من قبل أفراد مختلفين لمثير واحد قد يختلف تفسيرها ودلالتها من فرد إلى آخر تبعاً لعوامل كثيرة لم تعرها السلوكية أى اهتمام . ومن هنا ذهب أصحاب الاتجاه المعرفى فى علم النفس إلى أن سيكولوجية المثير - الاستجابة غير صالحة لدراسة السلوك الإنسانى المعقد ، لأنها تغفل عمليات التفكير والتذكر والتأويل والإدراك والانتقاء ... وغيرها مما يمارسه الإنسان خلال تفاعله مع المثير قبل أن يصدر استجابته المناسبة .

٢- السلوكية الجديدة :

تخفف السلوكيون الجدد من غلواء واطسن فى إنكار تأثير العوامل الوراثية وإعلائه لشأن البيئة وعملية التعلم فى اكتساب السلوك ، فأدركوا قيمة كل من الوراثة والبيئة معاً فى تشكيل سلوك الفرد وشخصيته . وبينما عنى السلوكيون التقليديون بدراسة الروابط بين المثيرات والاستجابات التى يمكن ملاحظتها موضوعياً بشكل مباشر ، كما لو كانت استجابات الفرد محتومة وتتكون بشكل آلى ميكانيكى ، فقد عنى السلوكيون الجدد بخصائص الفرد ودوافعه وخبراته واهتماماته وميوله وتجاربه وغيرها من الخصائص التى تتفاعل بدورها مع خصائص المثير ، وتكون الاستجابة النهائية محصلة لهذا التفاعل الدينامیکی . (انظر شكل ١٨) كما اهتموا بدراسة ظاهرات أخرى أكثر تعقيداً من تلك التى يمكن ملاحظتها مباشرة : كالحب والدافعية والمشاركة الوجدانية والثقة والصراع .... وغيرها .

وتعد الأفكار التى قدمها كل من دولارد وميللر أكثر الأفكار تمثيلاً للسلوكيين



شكل (١٨) الاستجابة كنتاج للتفاعل بين خصائص المثير وخصائص الفرد

المحدثين فى مجال الشخصية ، حيث يريان أن الشخصية تحكمها مجموعتان من البواعث الأولية والثانوية تهيئان الفرد للعمل ، ومن أمثلة البواعث الأولية الألم والجوع والعطش والجنس ، أما البواعث الثانوية فهى متعلمة وتعمل كستار تختفى من ورائه وظائف البواعث الفطرية الكامنة . وأن الفرد يولد بقدر محدود من التجهيزات البدائية السلوكية التى تعده للاستجابة ، ومنها الأفعال المنعكسة النوعية ، والتنظيمات الفطرية المتدرجة للاستجابة والتى تعد بمثابة نزعات لظهور استجابات معينة قبل استجابات أخرى ؛ والبواعث الأولية .

كما يريان وجود عناصر أربعة فى عملية التعلم هى الباعث والدليل والاستجابة والتعزيز ، فالباعث يهيئ الفرد للعمل ، والدليل أو المثير هو الذى يوجه الاستجابة ويحدد طبيعتها ، أما إصدار الاستجابة المناسبة فيعد مرحلة حاسمة فى تعلم الكائن ، فالخبرة والتعلم ينتجان تنظيمات متدرجة من الاستجابات بالغة التنوع تتأثر أيضاً بطبيعة السياق الحضارى والبيئة الاجتماعية التى يعيش فيها الفرد ، كما يؤدى التعزيز والإثابة إلى تقوية الرابطة بين استجابة ما ودليل معين ، ويحدث هذا التعزيز من خلال خفض أو تقليل المثير الباعث وقت حدوث الاستجابة كالعطش مثلاً أو القلق . وافترض دولارد وميللر أن الصراع اللاشعورى الذى يتم تعلمه خلال مرحلتى المهد والطفولة هو أساس المشكلات الانفعالية فى مراحل النمو التالية ، وأن الطفل يتعلم الصراع العصابى نتيجة المعاملة الوالدية والإساءة إلى نمو الطفل ، وعدم تهيئته لمواجهة المتطلبات المعقدة للتعلم ، وافتقاره للغة اللفظية . ومن المواقف التى قد يكون لها نتائج مدمرة على النمو العادى للطفل : موقف التغذية فى سن المهد ، موقف التدريب على الإخراج ، التدريب الجنسى المبكر ، التدريب بغرض التحكم والسيطرة على الغضب والعدوان .

ويعتقد دولارد وميللر فى أهمية المحتويات اللاشعورية كمحددات للسلوك ، سواء تلك الخبرات والاستجابات والأدلة التى تم تعلمها قبل ظهور الكلام ، أو التى تم كبتها عن طريق تعلم تجنب أفكار معينة ، فالكبت من وجهة نظرهما يتم تعلمه مثلما نتعلم أية استجابة أخرى ، ذلك أن استجابة تجنب التفكير فى شىء ما - كالخوف مثلاً - تؤدى إلى التعزيز ومن ثم خفض هذا الخوف ، وتصبح جزءاً أساسياً من الأدوار التى يقوم بها الفرد ، وهما يرجعان هذه النزعة لتجنب المواد المهددة إلى التدريب الذى يلقاه الطفل فى سنيه الأولى وما يصاحبه من خلق الخوف من أفكار معينة . (هول وليندزى ، ١٩٧٨ :

٥٥٢-٥٧٢) وقد سبقت الإشارة إلى ما خلص إليه دولارد وميللر فيما يتعلق بمبادئ الصراع فى الفصل السادس .

وقد يلاحظ أن بعض جوانب هذه النظرية تتفق إلى حد بعيد مع نظريات التحليل النفسى لا سيما فيما يختص بأهمية الخبرات الطفولية المبكرة ، وعلاقة الطفل بوالديه ، والعمليات اللاشعورية .. لذا ينظر إليها البعض على أنها صيغة توفيقية بين أفكار دولارد وميللر وأستاذهما " هَلْ " من ناحية وأفكار فرويد من ناحية أخرى .

رابعاً : النظريات الظاهراتية



أبراهام ماسلو



كارل روجرز

يشكل التيار الإنسانى Humanistic القوة الثالثة فى علم النفس المعاصر بعد التحليل النفسى والسلوكية . وهو يضم مجموعة اتجاهات صاغها علماء ذوى خلفيات متباينة ورؤى مشتركة فى ذات الوقت ، ومن أهمهم ابراهام ماسلو Maslow (١٩٠٨ - ١٩٧٠) وقد عرضنا لبعض أفكاره فى الفصلين الأول والثانى ، وكارل روجرز Rogers (١٩٠٢ - ١٩٩٥) .

ومن أهم الأفكار والمبادىء التى تطبع نظرتهم للإنسان وتحكم طريقة دراستهم للشخصية ما يلى :

- التأكيد على أن الفرد الإنسانى ليس حيواناً تحتم سلوكه محض قوى بيولوجية أو بيئية فحسب ، كما أنه ليس مجرد آلة أو كائن خاو ، وإنما هو كيان كلى موحد ، لديه قوى إيجابية وفضائل عديدة : كالإرادة والمبادأة والاستقلالية والتفرد ، وحرية الاختيار والمسئولية ، وقوى إبداعية خلاقة وفضلاً عن ذلك تحدوه آمال وطموحات وأهداف حياة ، ويحركه جهاد نبيل وسعى دءوب لتحقيق ذاته ووجوده الشخصى وإنسانيته .

- الاهتمام بدراسة الإنسان وفهمه على أساس أنه كيان متكامل بدلاً من تقسيمه إلى فئات ، أو تجزيئه إلى وحدات نوعية تضاف إلى بعضها البعض ، ليكون فى نهاية الأمر محصلة لها . والتأكيد على استخدام كافة مناهج البحث وطرقه الممكنة - الموضوعية والذاتية - فى دراسة هذا الكيان المتكامل ، طالما أدى ذلك إلى إحاطة أوسع وفهم أعمق لطبيعته ومشكلاته وشخصيته .

- التأكيد على قيمة الإنسان وكرامته ، والعمل على تنمية قواه وإمكاناته الإيجابية ، يستوى فى ذلك الفرد العادى وغير العادى .

- العناية بدراسة الموضوعات والمشكلات الهامة وذات المعنى والدلالة بالنسبة للإنسان ووجوده ، كأهداف الحياة ، والقيم ، والتلقائية ، والمسئولية ، بصرف النظر عن مدى صلاحيتها للدراسة المعملية واستخدام الطرق الإحصائية .

- الاهتمام بالخبرات الشعورية كما يعايشها الفرد ويعانيها ، ومعنى هذه الخبرات بالنسبة له ، والتأكيد على الوعى الذاتى للإنسان ، وإدراكاته لنفسه ، ولخبراته الشخصية ، وللآخرين ، وللمجال المحيط به كأساس لتفسير سلوكه وفهم شخصيته . فنحن ننفعل ونفكر ونسلك بناء على ما ندركه مما يحيط بنا ، ووفقاً للكيفية التى يتم بها هذا الإدراك ، وهذا هو ما يشكل الواقع الشخصى لكل منا ، ويمثل الإطار المرجعى المحدد لسلوكه ، فالناس يسلكون وفق ما يدركون ويتصورون ويعتقدون .

ومن ثم يتبنى أصحاب التيار الإنسانى المدخل الظاهرياتى Phenomenological فى النظر إلى الشخصية وفى فهم الأحداث النفسية ، حيث يُعنى هذا المدخل بوصف الخبرة الشعورية المباشرة والفورية كما "تظهر" وتبدو فى " المجال الظاهرى" الذى ينظم إدراكات الفرد وخبراته كما يعايشها ويخبرُها وقت حدوث الفعل ودون تحليل أو تجزىء قد يؤدى إلى تشويهها وإساءة فهمها ، كما يعنى بمحاولة فهم الخبرة الذاتية للفرد والطرق التى يخبر بها ذاته ويفهم عن طريقها عالمه ، كأساس ضرورى لفهم سلوكه وتفسيره .

ويعد مفهوم الذات Self Concept المفهوم المحورى فى معظم النظريات الظاهراتية ، كما يعد تحقيق الذات Self Actualization وتأكيدها الدافع الرئيس الذى يكافح الإنسان من أجل إشباعه ، وهو يفوق الدوافع الفسيولوجية من وجهة نظر أصحاب هذه النظريات .

وهناك عدة نظريات ظاهراتية من بينها نظرية المجال Field Theory لكورت

ليفين K. Lewin (١٨٩٠-١٩٤٧) ، ونظرية الذات لكارل روجرز التى نعرض لبعض ملامحها الرئيسة فيما يلى :

نظرية الذات لكارل روجرز " Self Theory" C. Rogers

تطورت القضايا والأفكار الأساسية التى قدمها كارل روجرز ضمن هذا الإطار من واقع خبراته الاكلينكيبة فى عملية العلاج النفسى ، وهو يعتقد أن لكل فرد حقيقته الذاتية وصورته أو مفهومه المتميز والفريد عن ذاته كما خبرّها هو وأدركها ، وأن هذا المفهوم هو العامل الحاسم فى بناء شخصيته وصحته النفسية . وقد أسمى طريقته فى العلاج النفسى باسم العلاج المتمركز حول الحالة (المسترشد) Client- Centerd Therapy فى بادىء الأمر ثم أسماها بالعلاج المتمركز حول الشخص Person - Centerd Therapy

بنية الشخصية :

١- الكائن العضوى : Organism وهو الفرد بكامل وظائف الحياة .

٢- الذات : self وهى الكل التصورى المنظم والمتسق الذى يتشكل من تصورات الفرد لخصائص أناه " من أكون ؟ " - سواء بضمير المتكلم أو المفعول I or me ، ومن مدركاته لعلاقاته بالآخرين ، وتصوراته للمظاهر المختلفة للحياة ، وللقيم المرتبطة بهذه التصورات والإدراكات . وتتكون بنية الذات ببطء من خلال تفاعلات المرء مع ما يحيط به فى المجال الظواهرى Phenomenological Field أو البيئة كما يدركها ، ومع الأحكام التقويمية التى يصدرها الآخرون عليه منذ مرحلة الطفولة .

وتتمايز الذات الظاهرية - أو المدركة - كجزء ينفصل تدريجياً من المجال الإدراكى الكلى منذ يأخذ الطفل فى تمييز ذاته الجسمية كشىء بارز عن الآخرين فى محيط بيئته ، ويبدأ فى إدراك أن بعض الأشياء تخصه هو (أفعال وحركات واحتياجات وأوصاف وممتلكات مادية .. إلخ) وبعضها يخص الآخرين ، ومن ثم يشرع فى الإحساس بذاته ، وبناء تصور خاص عن نفسه فى علاقاته ببيئته والمحيطين به سواء أكان هذا التصور إيجابياً أم سلبياً ، واقعياً أم غير واقعى .. لذا تعد الذات بمثابة نواة الشخصية التى

تنتظم من حولها كل مشاعر الفرد وأفكاره وتقييماته ، وكل ما يدخل فى مجال حياته أو يمت إلى هذا المجال بصلة .

ويمكن إجمال أهم خصائص الذات فيما يلى :

- تنمو من خلال تفاعل الفرد مع بيئته .
- قد تمتص قيم الآخرين وتدركها بطريقة مشوهة .
- تنزع إلى الاتساق .
- يسلك الفرد وفقاً لأساليب تتسق معها .
- تدرك الخبرات التى لا تتسق معها على أنها مهددة لها .
- قد تتغير نتيجة للنضج والتعلم (هول وليندزى ، ١٩٧٨ :٦١٣) .

ويمكننا التمييز بين معنيين للذات :

أ - الذات كموضوع Object أو بنية Structur وهو يعنى ذلك الكل التصورى المنظم والمتسق الذى سبقت الإشارة إليه .

ب- الذات كفاعل أو كعملية Process أى بما تقوم به وتؤدى إليه من وظائف نفسية : كاستجابة الفرد للمجال الظاهرى ، وإحساسه وانتباهه ، وتذكره وإدراكه وتفكيره ، ووعيه وترميزه للقيم والخبرات Symbolization واستدماجها فى بنية الذات إذا ما أدركت على أنها متسقة مع هذه البنية ، أو إنكارها والحيلولة دون بلوغها مرتبة الوعى - أى إلى صورة رمزية تنتظم فى علاقة مع بنية الذات - إذا ما أدركت على أنها مهددة لها ، وغير متطابقة أو متفقة Incongruence مع صورة المرء عن نفسه .

ويطلق على الذات بالمعنى الأول " مفهوم الذات Self Concept " ويعنى فكرة الفرد أو صورته عن نفسه كما يبلورها هو ويدركها ، وهذا المفهوم المدرك للذات أو ما يخبُره الفرد عن نفسه ويعتقده فيها قد يكون واقعياً مطابقاً للذات على حقيقتها فيعين الفرد على حسن التوافق ، وقد يكون مختلفاً عما هى عليه فى الحقيقة والواقع فيؤدى إلى سوء التوافق ، لكنه فى كلا الحالين - أى المفهوم المدرك للذات - يكون ثابتا نسبياً ، ومسئولا عن تقرير سلوك الفرد فالعبرة بما يدركه الفرد من ذاته ويعتقده فيها .

ويمكننا القول بأن للذات أربعة أبعاد هى :

أ - الذات الحقيقية Real Self : وهى تعنى ما يكونه الفرد فى الحقيقة فعلاً ، وقد يكتشفه كل منا أو يقترب منه بقدر ما ، لكن هذه الذات لا يعلم حقيقتها كاملة سوى الله سبحانه وتعالى لأنه خالقها .

ب- الذات المدركة Perceived: وهى ما يعتقد المرء أنه نفسه ، وذلك فى ضوء تقييمه وادراكه لها من خلال تفاعلاته مع الآخرين والبيئة التى يعيش فيها ، وقد تكون الذات المدركة واقعية أو غير واقعية .

جـ- الذات الاجتماعية Social : وهى صورة المرء عن نفسه كما يعتقدها موجودة لدى الآخرين ممن يعيش معهم ويحتك بهم ، وتتشكل الذات الاجتماعية من إدراكاته لكيف يفكرون فيه ويتوقعون منه .

د - الذات المثالية Ideal: وهى عبارة عن تصور الذات كما يتمنى المرء أن يحققه ، ويحب أن يكونه ، وتتشكل بدورها من غاياته وطموحاته التى يتطلع إليها ويسعى إلى تحقيقها .

وقد تحدث الباحثون عن مستويات ومجالات مختلفة للذات ، فتحدثوا مثلاً عن الذات الشعورية - كما تبدو للآخرين - مقابل الذات العميقة المطمورة أو المكبوتة - كما تظهر فى الأحلام وجلسات التحليل النفسى - ، كما عرضوا للذات الجسمية ، والذات العقلية المعرفية ، والذات الانفعالية ، والذات المهنية ، وغيرها .

نمو الشخصية :

رأى روجرز أن الطفل يولد مزوداً بدافع فطرى لتحقيق ذاته ككائن-Self Actualiza tion ، وأنه خلال تفاعله مع ما يحيط به ينزع بكيانه العضوى إلى تقييم ما يتعرض له من خبرات على ضوء ما إذا كانت محققة أو غير محققة لذاته ، فيقبل على الخبرات الإيجابية ويعرض عن الخبرات السلبية . وتتحقق الذات بداية من خلال إشباع الاحتياجات الأولية : كالطعام والشراب ، ثم ينمو الوعى بالذات ، ويتمايز مفهومها كشىء مستقر يوجه السلوك ، وتبزغ معه احتياجات جديدة مكتسبة تصبح أكثر إلحاحاً من عملية التقييم العضوية وهى :

أ - الحاجة إلى الاعتبار الإيجابى Positive Regard من الآخرين :

ويتمثل إشباع هذه الحاجة فى الحصول على تقدير الآخرين ، كالدفء والحب والاحترام والتقبل لاسيما ممن لهم أهمية أو حيثية اجتماعية فى حياة الطفل ، ويتم إشباع الحاجة للاعتبار الإيجابى عندما يدرك الفرد نفسه أن عملية الإشباع ذاتها متبادلة بمعنى أنه ذاته مشبع لحاجة شخص آخر .

ب- الحاجة إلى اعتبار الذات : Need for Self Regard

وتنشأ الحاجة إلى تقدير الذات نتيجة لخبرات الطفل بإشباع أو إحباط حاجته إلى الاعتبار الإيجابى من الآخرين ، فإذا ما اكتسب الطفل اعتباراً معيناً من الآخرين استدمجه فى بنيه الذات ، ثم نجده يتصرف بالكيفية نفسها - وتبعاً لقيم الآخرين وأحكامهم عنه - ليمارس اعتبار الذات ، وذلك وفقاً لما أسماه روجرز بشروط الأهلية أو الاستحقاق Conditions of Worth ، حيث تقوده تلك الحاجة إلى إدراك انتقائى لخبراته ، فينزع إلى التماسها وقبولها أو رفضها وتجنبها بناء على استحقاقها (أهليته لها) أو عدم استحقاقها لاعتبار الذات أى جدارته بها أو عدم جدارته " فالخبرات التى تتفق مع شروط أهلية الفرد تدرك وتوضع رموزها بدقة فى الوعى ، والخبرات المناقضة لشروط الأهلية تدرك بصورة مشوّهة ، أو يتم إنكارها فى الوعى " (باترسون ، ١٩٩٠ : ٣٩٣)

على سبيل المثال فإن الأم عندما تكفل الاعتبار الإيجابى لطفلها فتحبه حباً مشروطاً بأن يكون سلوكه مقبولاً ، فإن الطفل سيتبنى اتجاه الأم ويستدمجه ، فيتجنب - مضطراً - ما يؤدى إلى عدم رضاها عنه مع أنه قد يجد فيه لذة بالنسبة له ، وهو ما يؤدى إلى تعريضه للصراع بين حقيقة شعوره ، ورغبته فى الحصول على حب الأم وتجنب الألم ، كما لا يسمح للذاته بأن تعبر عن نفسها بشكل تام ، ويؤدى إلى استبداله قيمه الحقيقية الأصيلة بقيم أخرى مستعارة رهينة بتقييمات ذوى الحيثية فى حياته وأحكامهم ، ومن ثم يعوق نمو الذات نمواً كاملاً . وبالكيفية نفسها فإن الشخص غير الواثق من نفسه يستبعد كل ما يناقض هذا المفهوم عن نفسه من وعيه ، وربما يعيد تفسير الخبرات لكى تتسق مع شعوره بالضعة ، وهكذا فإن الفرد بمقتضى الإدراك الانتقائى للخبرة يمكن أن يستبعد أو

يحذف بعض الخبرات الإيجابية المفيدة التي تساعده على النمو النفسي السليم وتكوين صورة أكثر واقعية عن ذاته .

عدم التطابق بين الذات والخبرة ونشوء الاضطراب النفسي :

افترض روجرز أن الفرد يسعى نحو تحقيق الاتساق بين صورة الذات والخبرة . وقد سبقت الإشارة إلى أن الذات ترمّز الخبرات التي تدركها على أنها متسقة ومتوافقة معها ، أي تدخلها دائرة الوعي وتستدمجها في بنيتها ، بينما تنكر الخبرات غير المتسقة أي تلك التي تبدو مهددة للذات ولا تتسق مع صورتها ، حيث تحول دون بلوغها مرتبة الوعي ، وربما تشوّه بعض هذه الخبرات - إدراكياً - أي تعطيها صورة رمزية محرّفة لكي تصبح على وفاق مع الذات .

ويأخذ عدم التطابق بين الذات والخبرة صورا عدة من بينها :

- التعارض بين الكائن العضوي Organism باحتياجاته البدائية والحشوية : كالدفعات الجنسية والعدوانية مثلاً ، وخبراته الحاسية من ناحية ، والذات عندما لا تتقبل بعض هذه الخبرات ولا تفكر فيها بشكل موضوعي ولا تتمثلها بصورة رمزية من ناحية أخرى .
- التعارض بين الواقع الشخصي (المجال الظاهري أو الواقع كما يدركه الفرد) والواقع الخارجي (البيئة والعالم المحيط بالفرد) .
- التباعد بين الذات المدركة والذات المثالية .
- التناقض بين بناء الذات والخبرة .

وكلما ازداد عدم التطابق فإنه يؤدي إلى الاضطراب وعدم التوافق النفسي ، ذلك لأنه يشعر الفرد بالتهديد والقلق ، ويولد لديه صراعاً بين الذات والخبرات الجديدة ، كما يدفعه إلى اللجوء للسلوك الدفاعي والجامد ، وتجنب كثير من الخبرات التي قد تكون إيجابية ومفيدة ، ويعوق تحقيقه لإمكاناته .

ومن ثم يولي كارل روجرز عناية كبيرة لما أسماه بالانفتاح للخبرة Openness to Experience من قبل الفرد كدلالة على تمتعه بالنضج والتوافق النفسي ، فالفرد المنفتح

للخبرة يكون متحررا من الدفاعية والجمود ، ويستقبل كل خبرة ويعالجها خلال نظامه العصبى بغير انتقاء أو تشويه ، ويَعُدّها جديدة بالنسبة له ، وينغمس فيها بيسر وسهولة دون موانع أو حواجز تكف تفاعله معها ومعايشته لها ... ولذا تتصف حياته بالمرونة ، وشخصيته بالتدفق والتجدد المستمر .

وفى معرض تناوله لعملية استعادة التكامل Reintegration وتحقيق التوافق النفسى ومن ثم الصحة النفسية يؤكد روجرز على ضرورة امتداد ومرونة الحدود التى ترسمها شروط الأهلية أو الاستحقاق بحيث تقلل من تلك الأحكام التقويمية المسبقة على الخبرات والتجارب الشخصية من قبل الآخرين المهمين فى حياة الطفل والفرد المضطرب ، ذلك أن وطأة الصراع لدى الطفل تخف كلما كان الوالدان أكثر تقبلاً لقيمه حتى لم يكونا موافقين عليها ، وحينئذ يكون الطفل بمنأى عن الشعور بالتهديد وفقدان الأمن . كما يؤكد على كفالة اعتبار الذات ، والتقبل الإيجابى غير المشروط من الآخرين ، وضرورة توفير بيئة محيطة تتفهم حاجات الفرد وتشبعها ، وتمده بالتعاطف الوجدانى ، ويرى روجرز أن من شأن ذلك كله أن يؤدى إلى تقبل الذات ، وتلاشى الشعور بالتهديد ، والتخلى عن السلوك الدفاعى ، والتعامل بكفاءة أكثر مع الواقع ، والانفتاح على الخبرات والتجارب الجديدة والإفادة منها ، وإلى الشعور بمزيد من التلقائية والحرية والاستقلالية ، والتحرك فى اتجاه الإبداعية وتحقيق الذات ، وهو ما يطلق عليه روجرز الشخص الموحّد والصحيح المعافى The Whole Person أو الشخص مكتمل الفاعلية Fully Functioning الذى يصفه بأنه شخص مبدع ، وبناء وموثوق به ، ويمكن الاعتماد عليه ، وبأنه حر وليس مجبرا أو محددا (Rogers : 1951,1961) .

وجهة نظر نقدية :

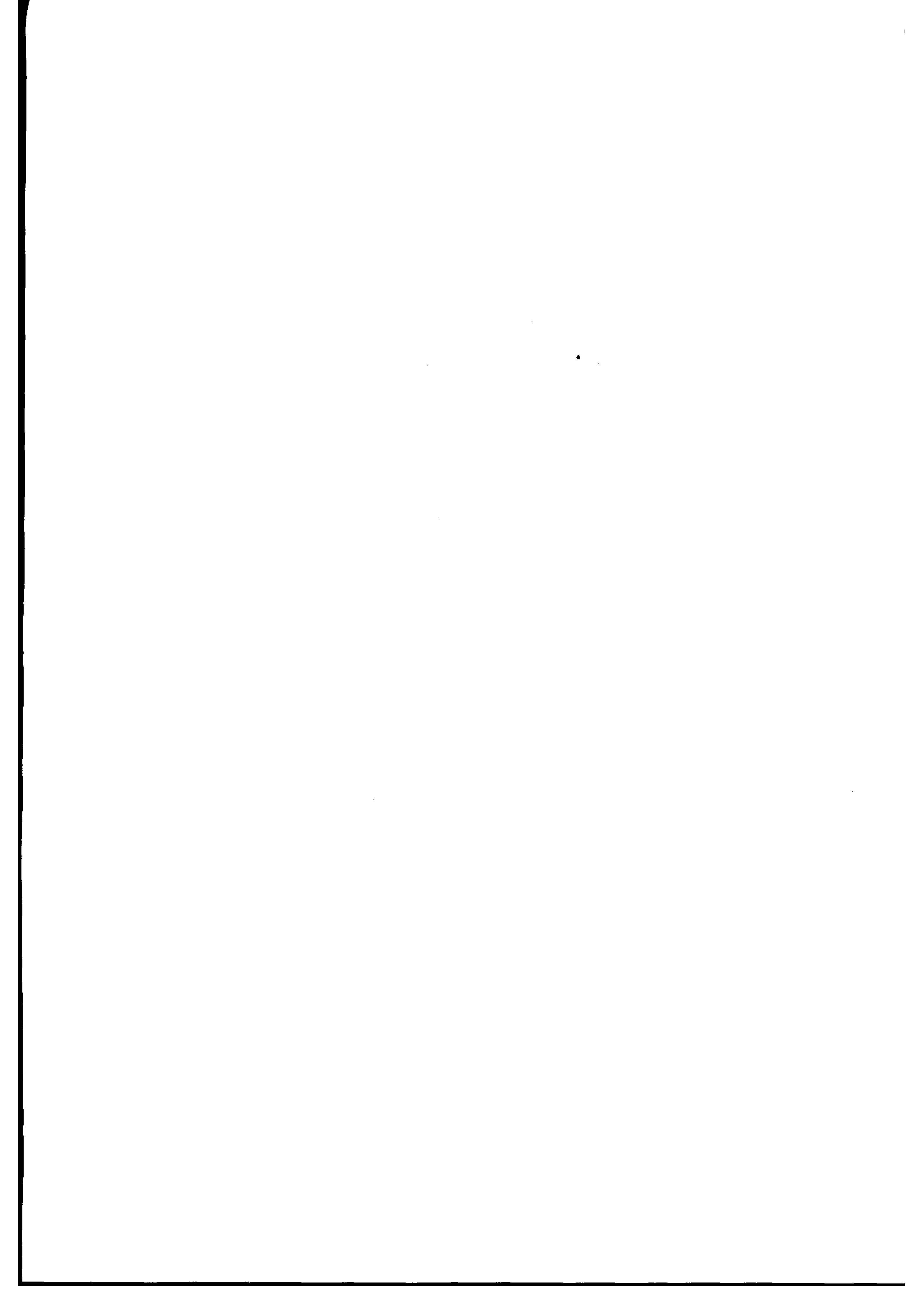
طرقت نظرية الذات جانباً هاماً من الشخصية لم يتعرض له سواها من النظريات وهو مفهوم الذات ، وأوضحت أنه بقدر اقتراب هذا المفهوم من الواقع ، وخلو الفرد من الخبرات المهددة ، وردود الأفعال الإنكارية والدفاعية التى تنجم عن عدم التطابق بين الذات والخبرات ، تتحدد درجة التوافق النفسى للفرد وصحته النفسية .

ومن أهم ما يؤخذ على نظرية الذات أنها فسّرت بناء الشخصية والصحة النفسية فى ضوء هذا المفهوم وحده دون غيره من المتغيرات الأخرى العقلية والاجتماعية ، وترتب على

ذلك أنها حصرت غايات العلاج النفسى فى مجرد تعديل مفهوم الفرد عن ذاته ، وتحديد الخبرات غير المتطابقة وجعلها تتكامل مع الذات . كما يشكك البعض فى صحة نظرتها إلى تحقيق الذات كدافع فطرى ، ومما يؤخذ عليها أيضاً توكيدها على أن الذات هى مرجع الفرد فى تحديد قيمه ، وعلى أن العمليات العضوية اللاشعورية مسئولة عن تقييم الخبرات ، وتجاهلها لتأثير القيم الدينية والمعايير الاجتماعية فى هذا الصدد .



بابلو بيكاسو " بورتريه دورامار " ١٩٣٧



الباب الخامس

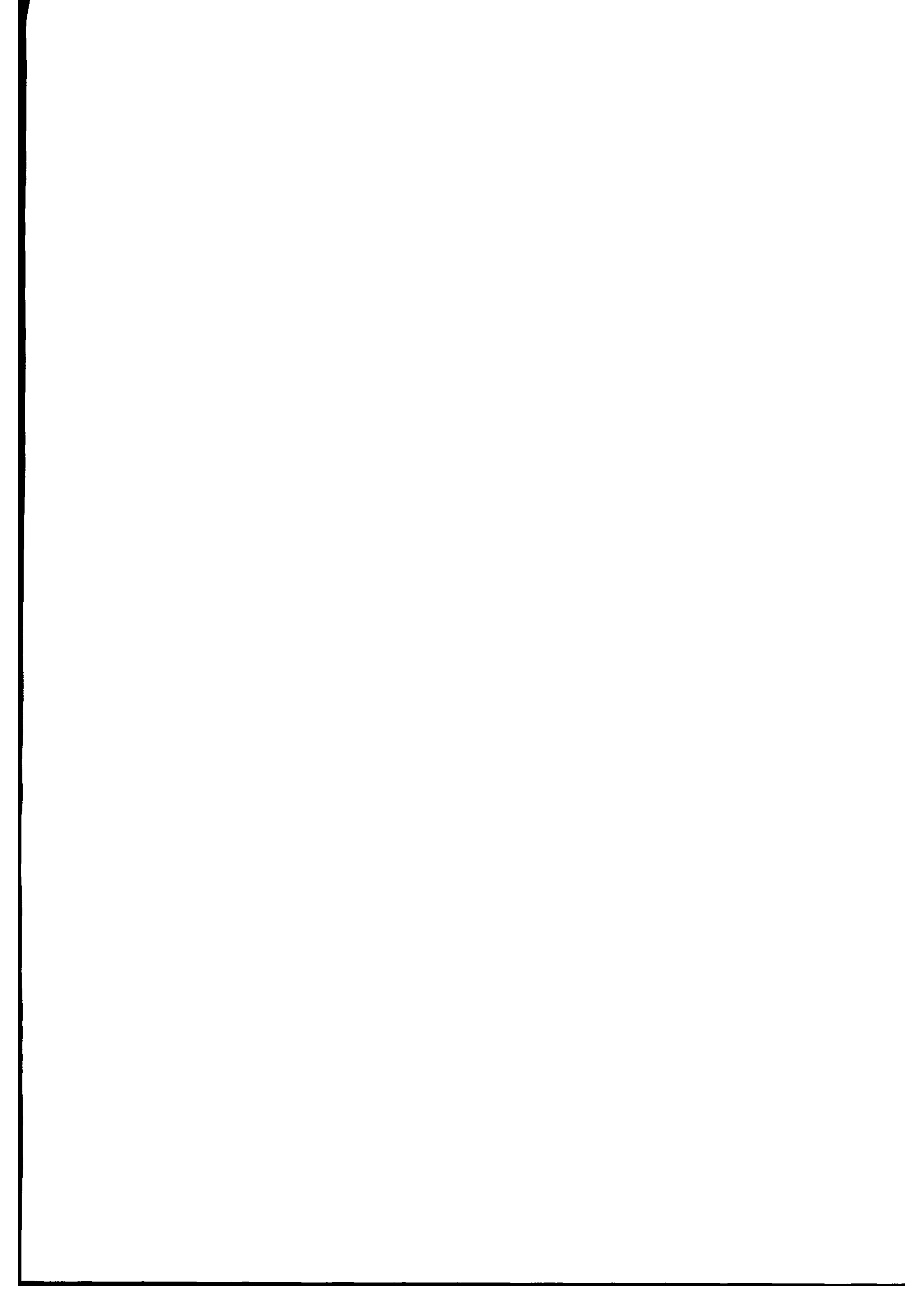
المشكلات والاضطرابات النفسية والعقلية

الفصل الحادي عشر: مشكلات واضطرابات الطفولة والمراهقة.

الفصل الثاني عشر: الاضطرابات النفسية والعقلية.



هنري روسو "الحرب" ١٨٩٤



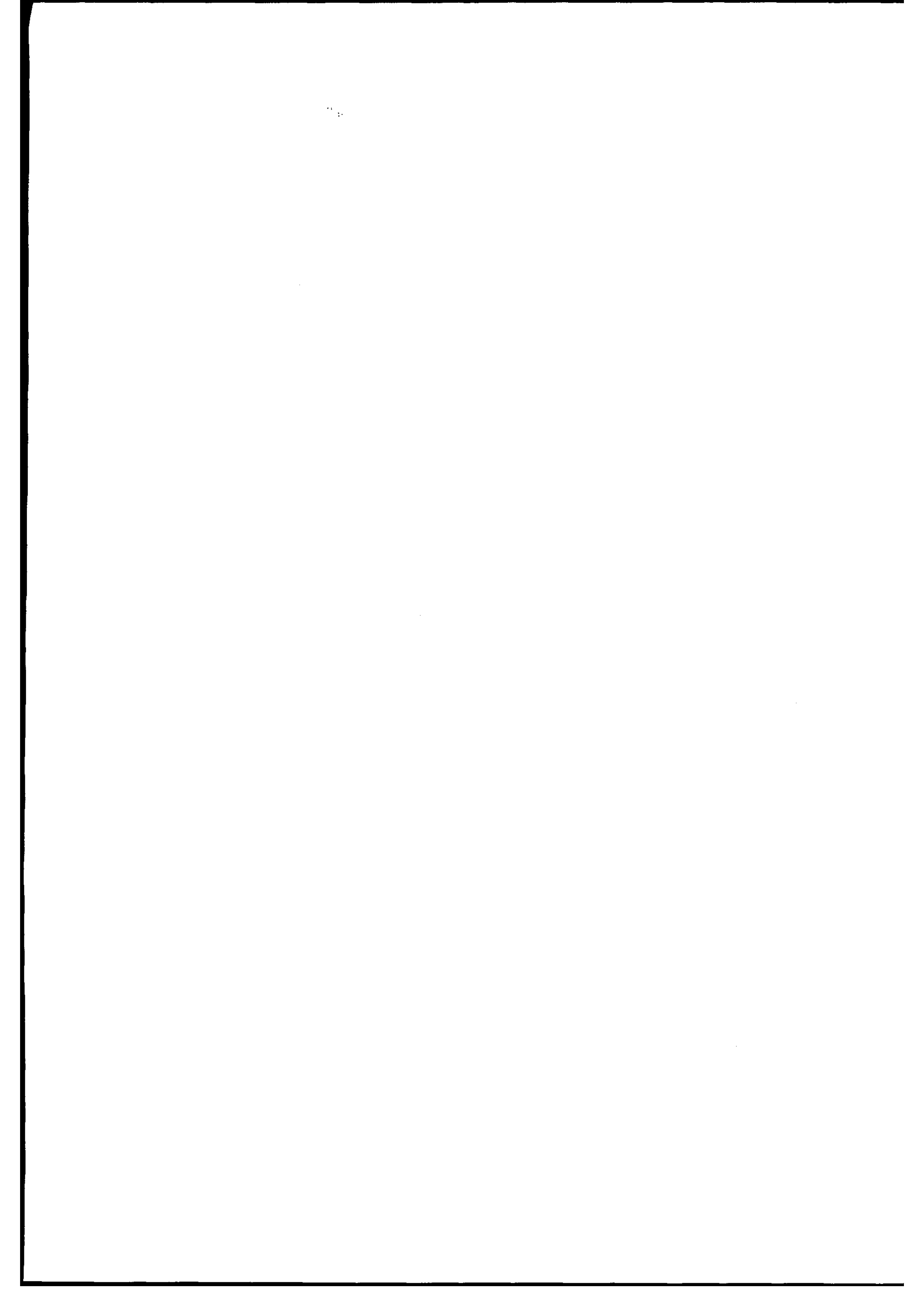
الفصل الحادى عشر
مشكلات واضطرابات الطفولة والمراهقة

- **أولاً : اضطرابات الأكل والنوم :**
  - اضطرابات الأكل .
  - اضطرابات النوم .
- **ثانياً : مشكلات واضطرابات انفعالية :**
  - قلق الانفصال
  - تنافس الإخوة
  - القلق الاجتماعى
  - القلق الرهابى
- **ثالثاً : مشكلات واضطرابات سلوكية :**
  - سلس البول
  - السرقة
  - الكذب
  - المسلك العدوانى الجانح
- **رابعاً : اضطرابات نمائية وانفعالية كلامية :**

  اضطرابات نمائية فى الوظائف الكلامية واللغوية :
  - نطق الكلام المحدد
  - اضطراب الاستقبال اللغوى
  - الغنة
  - اضطراب اللغة التعبيرية
  - اللثغة

  الصمت الاختيارى

  اضطرابات انفعالية ذات مظهر كلامى :
  - اللجلجة
  - القلقلة
- **خامساً : اضطراب الهوية الجنسية أثناء الطفولة .**
- **سادساً : مشكلات واضطرابات نمائية دراسية خاصة**
  - اضطرابات نمائية فى المهارات الدراسية
  - التأخر الدراسى



مشكلات واضطرابات الطفولة والمراهقة

يتعرض الطفل والمراهق لعديد من المشكلات والاضطرابات التى تتفاوت من حيث طبيعتها ، فبعضها نمائى ، وبعضها يتعلق بالأداء الوظيفى الحركى أو الكلامى أو العقلى أو الدراسى أو الاجتماعى ، وبعضها سلوكى انفعالى ، وبعضها يتعلق بالعادات واللزمات .. إلخ . وتتهدد هذه المشكلات الصحة النفسية السليمة للطفل والمراهق ، وتحول دون الاستغلال الأمثل لطاقاتهم ، وتنمية استعداداتهم ومقدراتهم واستثمارها بشكل إيجابى وبناء فى التعليم والتدريب ، واكتساب المهارات والقيم والاتجاهات والأنماط السلوكية اللازمة لنمو الشخصية نمواً متوازناً وسليماً ، كما تحد من تفاعلاتهم وتجعلهم عرضة لسوء التوافق على المستوى الشخصى والاجتماعى وفى مجالات الحياة الأسرية والدراسية والاجتماعية وتهدد حياتهم المستقبلية . وهو ما يستلزم الكشف المبكر عنها ، وتحرى العوامل المهيئة والمسببة لحدوثها وتحديدها ، والوقاية منها ، ومساعدة الأطفال والمراهقين بمختلف السبل والأساليب على حلها وعلاجها .

إن مرحلة الطفولة بما لها من أهمية فائقة فى حياتنا تستوجب ألا يكون الطفل خلالها عرضة لاضطرابات عنيفة تزلزل أساس شخصيته فيما بعد ، وأن نضمن لها مناخاً هادئاً مستقراً ومواتياً لاستمرارية النمو خلالها وفى مراحل العمر التالية عليها بصورة طبيعية وصحية . كما يتعين القول بأن ما نلحظه من صعوبات أو مشكلات يبدأ بدرجات بسيطة ، إلا أن إهمالها وعدم تدارك أسبابها ، ومعالجتها مبكراً وفى وقت مناسب وبأساليب فعالة سيؤدى حتماً إلى تفاقمها وإزمانها ، وتحويلها إلى انحرافات وأشكال مرضية أكثر تعقيداً : كالاضطرابات النفسية والعقلية التى سنتناولها فى الفصل الثانى عشر بإذن الله .

وقد شمل التصنيف الدولى العاشر للأمراض "I C D - 10" الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO , 1990) عديداً من مظاهر الاضطرابات الخاصة بمرحلتى الطفولة والمراهقة أو التى يمكن أن تصيب الفرد خلالهما ومن بينها ما يلى :

أولاً : اضطرابات الأكل والنوم : Eating and Sleep Disorders

- اضطرابات الأكل : Eating Disorders

أ - فقدان الشهية العصبى Anorexia Nervosa

ب - فقدان الشهية العصبى غير النمطى Atypical

جـ- الشره العصبى Bulima

د - الشره العصبى غير النمطى Atypical Bulima

هـ- الأكل الزائد المصحوب باضطرابات نفسية أخرى Overeating

و - القىء المصحوب باضطرابات نفسية أخرى Vomiting

ز - اضطرابات أكل أخرى ، وغير محددة Other , Unspecified

- اضطرابات النوم غير العضوية : Nonorganic Sleep Disorders

أ - اضطراب الأرق Insomnid

ب- اضطراب فرط النوم Hypersomnia

جـ- اضطراب جدول النوم - اليقظة Sleep - Wake Schedual

د - المشى أثناء النوم Sleep - Walking

هـ- الفزع أثناء النوم Sleep - Terrors

و - الكوابيس أثناء النوم Night Mares

ز - اضطرابات نوم أخرى ، وغير محددة .

ثانياً : - اضطراب الهوية الجنسية فى الطفولة Gender Identity Disorder

ثالثاً : التخلف العقلى Mental Retardation

- تخلف عقلى خفيف (بسيط) Mild

- تخلف عقلى معتدل (متوسط) Moderate

- تخلف عقلى شديد (حاد) Severe

- تخلف عقلى عميق (جسيم وشامل) Profound

- تخلف عقلى آخر ، وغير محدد .

رابعاً : اضطرابات نمائية نفسية : Disorders of Psychological Development

- اضطرابات نمائية خاصة فى الوظائف الكلامية واللغوية :Speach and language

أ - اضطراب نطق الكلام المحدد Specific Speech Articulation

ب - اضطراب التعبير اللغوى Expressive Language

جـ- اضطراب الاستقبال اللغوى Receptive Language

د - اضطراب الحبسة المكتسبة المصحوبة بالصرع (عرض لاندوكليفنتر)

Acquired Aphasia with Epilepsy

هـ- اضطرابات نمائية أخرى ، وغير محددة . Unspecified

- اضطرابات نمائية خاصة فى المهارات المدرسية : Scholastic Skills

أ - صعوبات قرائية خاصة S . Reading

ب - صعوبات هجائية خاصة S . Speling

جـ- صعوبات حسابية خاصة S . Arithmatic

د - صعوبات مختلطة فى المهارات الدراسية Mixed Disorders

- اضطرابات نمائية خاصة فى الوظائف الحركية : Motor Function

- اضطرابات نمائية مختلطة خاصة : Mixed

- اضطرابات نمائية منتشرة (شاملة) : Pervasive

أ - الذاتوية (الاجترارية) Autism

ب - الذاتوية اللا نمطية Atypical Autism

جـ- عرض (زُملة) رت Rett Syndrom

د - اضطراب طفولى تحللى آخر Disintegrative

هـ- اضطراب فرط النشاط مصحوباً بتخلف عقلى وحركات نمطية .

و - عرض (زُملة) أسبرجر Asperger Syndrom

ز - اضطرابات نمائية منتشرة أخرى ، وغير محددة .

خامساً : اضطرابات سلوكية وانفعالية : Behavioral and Emotional Disorders

- اضطرابات سلوكية وانفعالية عادة ما تبدأ فى مرحلة الطفولة أو المراهقة :

أ - فرط النشاط أو الحركة Hyperkinetic

ب - اختلال النشاط والانتباه Disturbance of Activity and Attention

جـ- سلوك فرط النشاط الجانح Hyperkinetic Conduct

د - اضطرابات سلوكية وانفعالية أخرى ، وغير محددة .

- اضطرابات مسلكية Conduct Disorders

أ- اضطراب مسلكى مقتصر على الأسرة Confined to the Family Context

ب - اضطراب مسلكى غير متطبع اجتماعياً (غير متمشى مع القواعد الاجتماعية) Unsocialized

جـ- اضطراب مسلكى متطبع اجتماعياً (متمشى مع القواعد) Socialized

د - مسلك التحدى والجرأة فى المعارضة Oppositional Defiant

هـ - اضطرابات مسلكية أخرى ، وغير محددة .

- اضطرابات مختلطة فى المسلك والانفعالات Conduct and Emotions

أ - اضطراب المسلك الاكتئابى Depressive Conduct

ب - اضطرابات مسلكية أخرى ، وغير محددة .

- اضطرابات انفعالية ذات بداية محددة أثناء فترة الطفولة

أ - قلق الانفصال Separation Anxiety

ب - القلق الرهابى Phobic Anxiety

جـ- القلق الاجتماعى Social Anxiety

د - اضطراب تنافس الإخوة الأشقاء Sibling Rivlary

هـ - اضطرابات انفعالية أخرى ، وغير محددة .

- اضطرابات الأداء الوظيفى الاجتماعى Social Functioning ذات البداية المحددة فى الطفولة :

أ - الصمت الاختيارى Elective Mutism

ب - اضطراب التعلق التفاعلى Reactive Attachment

جـ- اضطراب التعلق غير المكفوف (المنفلت) Disinhibited Attachment

د - اضطرابات أخرى ، وغير محددة .

- اضطرابات العرّات (النفضات أو اللزمات) Tic Disorders :

أ - اضطراب اللزمات العابر Transient Tic

ب- اضطراب اللزمات الحركية أو الصوتية المزمنة Cronic Motor and Vocal

جـ- اضطراب اللزمات الصوتية والحركية المشتركة (عرّض توريت)

د - اضطرابات لزمات أخرى ، وغير محددة .

- اضطرابات سلوكية وانفعالية أخرى :

أ - البوال اللا إرادى غير العضوى Nonorganic Eneuresis

ب- التبرز اللا إرادى غير العضوى Nonorganic Encopresis

جـ - اشتهاء أكل أشياء ومواد غريبة غير مغذية (وحم) Pica

د - اضطراب الطعام فى سنى المهد والطفولة Feeding Disorder

هـ- اضطراب الحركة النمطية Sterotyped Movement

و - اضطرابات الكلام غير المصنفة فى فئة أخرى :

- اللجلجة (التأتأة أو عى اللسان) Stuttering

- القلقلة Cluttering

ز - اضطرابات سلوكية وانفعالية أخرى ، وغير محددة .

ونعرض فيما يلى لنماذج من هذه المشكلات والاضطرابات .

أولاً : اضطرابات الأكل والنوم

Eating and Sleep Disorder

اضطرابات الأكل

ألمحنا فى مواضع سابقة من هذا الكتاب إلى أهمية الطريقة التى تتبعها الأم فى تغذية طفلها وفطامه فى سنيه الأولى . ويجدر التأكيد مراراً على أن عملية الإرضاع ليست مجرد إمداد الطفل بالغذاء العضوى فحسب ، وإنما هى تشمل إلى جانب ذلك بناء مشاعر الأمن والطمأنينة والاستمتاع والثقة فى كيان الطفل .. لذا فإن تزمت الأم واتباعها لنظام صارم ومواعيد دقيقة لا تحيد عنها فى إرضاع طفلها ، أو تركها الحبل على الغارب ليرضع وقتما يشاء يكون له آثار بعيدة المدى على شخصيته كراشد فيما بعد . كما أن توقيت عملية الفطام سواء بشكل مبكر أم متأخر * أم مفاجىء يؤثر بدوره سلبياً على نموه الانفعالى .

* يقول الله سبحانه وتعالى : " والوالداتُ يُرضِعْنَ أولادَهُنَّ حَولَيْنِ كامِلَيْنِ لِمَنْ أرادَ أنْ يُتِمَّ الرضاعةَ ، وعلى الوالِدِ لهُ رِزقُهُنَّ وكِسوَتُهُنَّ بالمعْرُوف ... " (البقرة : الآية ٢٣٣)

ومن أهم أشكال اضطرابات الغذاء فى الطفولة والمراهقة ما يلى :

١- اضطراب الأكل فى سنى المهد والطفولة المبكرة :

ويقتصر على الرضيع - سنى المهد Infancy - والطفولة المبكرة ، كما يتمثل فى العزوف عن الطعام دون وجود أمراض عضوية ، وقد يكون مصحوباً بتقيؤ متكرر .

٢- اضطراب اجترار الرضع : Rumination Disorder of Infancy

ويتمثل فى استرجاع الغذاء من المعدة للفم ومضغة ثانية ثم بلعه من جديد ، ويؤدى إلى هزال الطفل . وقد يكون مرجعه أسباباً عضوية كضيق فم المعدة أو فتق فى موضع اتصال المرىء بالمعدة ، أو أسبابا نفسية راجعة لانشغال الأم عن الطفل .

٣- القىء او ترجيع الطعام إلى خارج الفم : وقد يلجأ إليه الطفل كوسيلة دفاعية عند إرغامه على الأكل والشرب ، أو تقززه ونفوره من نوعية الطعام ، أو التماساً لانتباه الأم والحصول على اهتمامها ورعايتها .

٤- البطء الشديد فى الأكل .

٥- اشتهاء اكل اشياء ومواد غريبة غير مغذية (وحم) : Pica

وتتمثل فى تناول الطفل الصغير أشياء غير سائغة ومواد غير صالحة للأكل : كالطين والرمل والورق ونشارة الخشب والقاذورات والشعر وجزئيات من أغطية الفراش وغيرها . وغالباً ما يعانى هذا الطفل من العصاب أو الاعتلال النفسى . وغالبا ما يبدأ هذا الاضطراب فى سن العامين تقريباً ثم يختفى بعد ذلك ، كما يشيع لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، وربما تصاحب حالات أخرى مثل الأطفال الذاتويون أو الاجتراريون Autistic .

٦- فقدان الشهية العصبى : Anorexia Nervosa: ويصيب غالباً الفتيات المراهقات والشابات أكثر مما يصيب الذكور حيث تبلغ نسبة حدوثه فى الذكور إلى نسبة الإناث ١ : ٢٠ ، ويغلب أن يحدث فى العمر الزمنى من ١٣ : ٢٠ عاماً مع إمكانية حدوثه قبل البلوغ ولدى نساء أكبر سناً ، وتصاحب الحالة بفقدان شديد فى الوزن ، وسيطرة الخوف الذى يصل إلى حد الفزع من السمنة أو البدانة والترهل ، وربما ظهور أعراض اكتئابية ووسواسية ، وانحباس الطمث أو انقطاعه بالنسبة للإناث ، وقلة الرغبة الجنسية أو فقدانها بالنسبة للذكور .

٧- الشره العصبى : Bulimia Nervosa :

ويتمثل فى نوبات متكررة اندفاعية من النهم والإفراط فى تناول كميات غير معقولة من الطعام ، وفى الوقت ذاته الانشغال الشديد بفكرة التحكم فى الوزن ، وهو ما يؤدى غالباً إلى التقيؤ أو استخدام الملينات بعد نوبة الأكل . وتصاحب هذه الحالة أعراضا اكتئابية ، وإدمان المهدئات والاعتماد على الكحول .

أسباب اضطرابات الأكل :

١) اسباب جسمية : ومنها الإمساك وسوء الهضم وأمراض الجهاز الهضمى ، اضطراب الغدد الصم ، الإصابة بديدان ، آلام الأسنان والفكين .

٢) اسباب نفسية : ومنها التوتر والقلق ، والخوف الشديد من البدانة و السمنة أو التسمم ، مشاعر الغضب والحزن وفقدان الشعور بالأمن ، الشعور بالتجاهل وعدم التقبل ، الرغبة فى الموت أو الفناء ، عدم الاستقرار العاطفى ، الصراع النفسى والعجز عن اتخاذ قرارات هامة تتعلق بالحاضر والمستقبل ، التسلط على الطفل وإرغامه على تناول أطعمة غير مرغوبة ، جذب انتباه الآخرين ، الانشغال الذاتى وأحلام اليقظة ، تقليد الكبار .

٣) اسباب بيئية : الإفراط والتفريط فى عملية الرضاعة ، الفطام المبكر والمتأخر والمفاجىء ، اضطراب العلاقة والتفاعل بين الأم والطفل ، نقص اهتمام الأم بالطفل وحنانها عليه ، تقديم طعام غير مرغوب ، تعويد الطفل عادات غذائية خاطئة ، إجبار الطفل وإكراهه على الغذاء ، الاتجاهات السلبية للكبار نحو الطعام ، اضطراب مواقف التغذية بين الكبار والصغار ، الخلافات العائلية واضطراب المناخ الأسرى ، التأثيرات السلبية لوسائل الإعلام فيما تعرضه عن الريجيم والرشاقة .

علاج اضطرابات الأكل :

١- الفحص الطبى للكشف عن الأسباب الجسمية المسهمة فى اضطرابات الأكل وعلاجها : كأمراض الجهاز الهضمى ، والأسنان ، واضطرابات الغدد ، والتحقق من مدى سلامة

وتكامل المواد الغذائية التى يتناولها الطفل .

٢- تكوين عادات واتجاهات غذائية وصحية سليمة لدى الطفل ، كعدم تناول الحلوى قبل الوجبات ، وإشراكه ما أمكن فى إعداد المائدة ، وتشجيعه على تناول الطعام مستقلاً ، واحترام مواعيد الطعام ، والأكل الجماعى .

٣- تهيئة بيئة أسرية آمنة خالية من المشاحنات والخلافات العائلية وعدم الاستقرار ، ومن عوامل التخويف والتهديد واستخدام العقاب البدنى كوسيلة لإجبار الطفل على الأكل .

٤- تشويق الطفل للطعام وتنويعه ، وتقديمه بطرق جذابة : كالأطباق والأكواب الملونة ، وذلك لاستثارة اهتمامه ودافعيته للطعام ، وتعزيز سلوك الأكل الطبيعى والمعتدل .

٥- تهيئة فرص التنزه والخروج إلى الأماكن الخلوية والهواء الطلق وممارسة اللعب الفردى والجماعى .

٦- بث برامج إعلامية عبر الوسائل المختلفة لتوعية المواطنين غذائياً وصحياً ، ونشر الثقافة الغذائية .

٧- مساعدة الطفل على تنمية مفهوم واقعى عن ذاته الجسمية ، وتوعيته بأهمية الغذاء الصحى والعادات الغذائية السليمة لنموه الجسمى والعقلى خاصة .

٨- عدم إكراه الطفل على تناول الطعام ، والتحلى بالصبر والتفهيم والإقناع ، وعدم اللجوء إلى القسوة لإرغامه على الأكل ، وتجنب ذكر بعض الأقوال والألفاظ المقززة لا سيما أثناء الأكل .

اضطرابات النوم

Sleep Disorders

النوم عملية فسيولوجية كيميائية نفسية أساسية لتحقيق التوازن الفسيولوجى والجسمى والنفسى للإنسان عموماً . كما أنه احتياج بيولوجى ضرورى يتيح إشباعه بالقدر اللازم استعادة الفرد لنشاطه وتجديده ، وتعبئة طاقاته وقواه لممارسة الحياة اليومية .

ويلاحظ أن الطفل يتحول عند ولادته من حالة نوم شبه مستمرة (١٨ : ٢٠ ساعة يومياً) إلى حالة من اليقظة والوعى تتزايد تدريجياً مع زيادة النمو والتعلم وممارسة النشاطات الأساسية فى الطعام والشراب والاستطلاع والمناغاة واللعب ، حيث تصل عدد ساعات نوم الطفل فى نهاية عامه الأول إلى ١٤ ساعة تقريباً ، وإلى ١٢ ساعة فى عامه الخامس ، ثم إلى ثمان ساعات عند البلوغ .

ويبدأ الطفل فى تكوين عادات النوم من خلال تنظيم الأم لمواعيد رضاعته التى تكثر عادة خلال النهار وتقل أثناء الليل . إلا أن بعض الأمهات قد ينشغلن نهاراً فيتركن الطفل لينام دون رعاية ، ليستيقظ ليلاً فلا يتفاعلن معه بالقدر الكافى نتيجة التعب والإرهاق ، وقد يوقظ بعضهن الطفل ليلاً لمجرد الرغبة فى إرضاعه ومداعبته بصرف النظر عن احتياجه ، وتؤدى مثل هذه السلوكيات إلى بدء ارتباك عادات النوم وعدم انتظام دورته النهارية الليلية .

ويشير محمد شعلان (١٩٧٩ : ٤٥-٤٦) إلى عاملين مهمين فى هذا الصدد هما :

أ - مواعيد النوم : ويجب أن تتوخى فيها الأم الوسطية ليتعلم طفلها النظام دون أن يكون هذا النظام هدفاً فى ذاته فيؤدى إلى قتل تلقائية الطفل ، وبحيث لا تترك الأم طفلها يبكى ويصرخ دون استجابة له لأن عليه أن ينام فى موعده ، كما لا تتركه على سجيته ينام ويستيقظ كيفما شاء .

ب- مكان النوم : يحتاج الطفل إلى أمه معه أو قريباً منه ، ومع نموه قد يزداد تمسكه بالأم كما تشتد رغبته فى إبعادها عن الأب ، لكن احتياجات الأمومة قد تتعارض مع احتياجات الزوجية ، مما يوقع الأم فى صراع بين أن تبقى مع الطفل أو تنصرف عنه ، ويؤدى ذلك إلى إيلام الطفل وقلقه . ومن الضرورى أن تفصل الأم بينها والطفل لتجعل له غرفة مستقلة مضاءة ليلاً وبحيث لا تهجره وإنما تبادر إليه بالحضور عندما يستيقظ فى الليل على فترات متفاوتة ليشعر بقربها منه واهتمامها به .

أشكال اضطرابات النوم غير العضوية :

ا - اضطراب الأرق : Insomania

ويتمثل فى تعذر الاستمرار فى النوم ، أو الاستيقاظ الكثير سواء خلال النوم أو

قبل الموعد ، ومواجهة صعوبات فى بدء النوم .

٢- فرط النوم : Hypersomania

ويتمثل فى الميل إلى النوم لساعات طويلة أكثر من المعدل المعتاد فى العمر الزمنى للطفل ، والشعور بالكسل الشديد والخمول ، وعدم المقدرة على مقاومة النوم حتى بعد النوم أو أثناء الأكل ، وصعوبة الاستيقاظ من تلقاء النفس ، ويكون مصحوباً بشحوب فى الوجه وشعور مستمر بالإنهاك والإعياء ، وربما الشره فى تناول الطعام .

٣- اضطراب جدول النوم - اليقظة Sleep - Wake Schedual

ويتمثل فى عدم انتظام مواعيد النوم أو قلب الدورة النهارية الليلية .

٤ - المشى اثناء النوم Sleep Walking *

ويطلق عليه أيضاً التجوال النومى ، حيث يصحو الطفل من نومه مضطرب الوعى مشوش الإدراك ، ويغادر فراشه متجولاً فى المكان ، ويقوم ببعض الأفعال التى ربما تكون بسيطة - كفتح الباب - أو معقدة - كركوب دراجة مثلاً - ثم يعود لنومه بعد ذلك ، ويصحو وهو لا يتذكر من أمر أفعاله شيئاً لأنه يكون أثناء حالة المشى على علاقة ضعيفة بما يحيط به . ويلاحظ أن هذا الاضطراب يشيع أثناء الطفولة لاسيما فى العمر الزمنى من ٦-١٢ سنة ، وقد يستمر أثناء المراهقة لكنه يغلب أن يزول بعد ذلك ، كما يلاحظ أنه ينتشر لدى بعض مرضى الهستيريا والصرع .

٥- الفزع اثناء النوم Sleep - Terrors

وهو عبارة عن نوبة من الاستيقاظ المفاجئ مصحوبة بخوف شديد أو رعب ورهبة وفزع ، وتطويح باليدين ورفس بالرجلين ، وزيادة فى معدل ضربات القلب والأنفاس ، والعرق الغزير ، وربما تكون مصحوبة بصرخات . ويعاود الطفل نومه بعدها ثم يصحو وهو لا يتذكر شيئاً . ويشيع هذا الاضطراب بين الأطفال فى العمر الزمنى من أربع إلى ست سنوات ، وينتشر أكثر فى الذكور عنه فى الإناث ، كما يختفى غالباً فى سن

---

* Somnambulism

البلوغ . جدير بالذكر أن اضطراب الفزع أو الرعب الليلى لا يرتبط بحلم أو تخيل واضح .

٦- الكوابيس الليلية Night Mares

وتنطبق على هذا الاضطراب معظم أعراض الاضطراب السابق ، إلا أن الكوابيس تتميز عن حالات الفزع بأنها تكون نتيجة لحلم مزعج يؤدى إلى إصابة الطفل بالهلع والاهتياج والرعب ، ومن ثم انقطاع النوم ، إضافة إلى أن المرء يستطيع أن يتذكر ما رآه فى حلمه بعد انقطاع نومه أو صحوه من نومه صباحاً ، كما يبقى محتوى الحلم عالقاً بذهنه لفترة طويلة ويؤرقه تفسيره .

٧- اضطرابات نوم أخرى :

ومنها شلل النوم (خدار النوم) أو الثقل الشديد للجسم وعدم استطاعة الحركة أثناء النوم وكأنما تقيده قوى لا يمكنه الفكاك منها ، وقرض الأسنان أثناء النوم .

أسباب اضطرابات النوم :

فى حالة انتفاء الأسباب العضوية ، كالأمراض وفقر الدم ، وسوء التغذية ونقص هرمون الغدة الدرقية وبعض عيوب الجهاز العصبى ، فإنه يمكن تصنيف أسباب اضطرابات النوم فى الفئتين التاليتين :

أ) أسباب نفسية :

- فقدان الأم أو الحرمان من الأب أو كلاهما للانشغال فى العمل للسفر بعيداً أو للانفصال أو الموت .
- الشعور بعدم الأمن والطمأنينة النفسية ، والاستقرار العاطفى والدراسى والمهنى والإنهاك العصبى ، والاضطراب الانفعالى .
- عدم الحاجة إلى النوم ، والإثارة والتنبيه الزائد .
- المواد اللاشعورية والرغبات المكبوتة والصراع النفسى .
- الشعور المتزايد بالقلق والإحباط ، وكثرة الهموم وانشغال البال ، والضغوط النفسية

- الخوف من الظلام والوحدة ، والقابلية للاستثارة ، وفرط الحركة والنشاط ، والشعور بالفشل والدونية ، والنبذ والإهمال .

٣) اسباب بيئية :

- الاتجاهات الوالدية الخاطئة فى تدريب الطفل على عادات النوم ومن بينها : الإكراه والإجبار ، والقسوة والتخويف - كالتلميح بالعفاريت والوحوش والغيلان - والتساهل الشديد ، واستخدام تنويم الطفل كعقاب له ، وعدم التمهيد لعملية النوم ، والسماح للطفل بالنوم فى فراش الوالدين ، وتعويد الطفل على عدم النوم إلا بمصاحبة الأم ، وسهر الطفل مع الكبار .

- البيئة الأسرية المشبعة بالخلافات العائلية وتوتر العلاقات بين الوالدين والأبناء ، ونقصان التفاعل بين الأم والطفل ، وانعدام التعاطف والمشاركة الوجدانية داخل الأسرة .

- أساليب التنشئة الخاطئة للطفل : كالتدليل الزائد مما يؤدى إلى زيادة التعلق بالأم والاعتمادية المفرطة عليها وجعل النوم خبرة مؤلمة بالنسبة للطفل ، والقسوة الزائدة مما يشعر الطفل بالنبذ والهم ويصيبه بالأرق والكوابيس ، وإثارة المنافسة غير المتكافئة بين الأبناء مما يشعر بعضهم بالغيرة والظلم والدونية فيضطرب نومهم .

- البيئة المدرسية وضغوط الدراسة ، ومضايقات الزملاء والأقران ، وقلق الامتحانات ، والفشل فى الاختبارات ، والخوف من المدرسة والمستقبل الدراسى .

- الأفلام والمسلسلات وحلقات الكارتون الحافلة بمشاهد الفزع والرعب ، والقصص والأحداث المفجعة ، واستعادة هذه المشاهد والوقائع قبل النوم .

- كثرة التعديلات والتغييرات التى تطرأ على مكان النوم ، وعدم تحديد أماكن ثابتة لنوم الطفل .

- الاعتماد على مربية أجنبية أو غير مألوفة بالنسبة للطفل ، أو تغييرها بعد تعود الطفل عليها وتعلقه بها مما يصيبه بالتوتر والاضطراب والأرق .

علاج اضطرابات النوم :

إذا ما تكرر ظهور اضطراب النوم لمرات عديدة بحيث يؤدى إلى عرقلة نمو الطفل الجسمى والنفسى والاجتماعى ، ويحد من كفاءته الشخصية والتحصيلية وتفاعلاته الاجتماعية ، فإن الأمر يستلزم التدخل لتشخيص أسباب الاضطراب وتحديد سبل العلاج . ومن أهم طرق علاج اضطرابات النوم :

ا - العلاج النفسى :

ويهدف إلى إزالة الأسباب النفسية ، وتبصير الطفل بمشكلاته واستثارة دافعيته لحل صراعاته ومواجهة إحباطاته ومخاوفه ، ومساعدته على التخلص من المضايقات والأفكار المسببة لاضطراب نومه ، وتعزيز السلوكيات المقبولة للنوم وإطفاء السلوكيات غير المقبولة وذلك باستخدام العلاج السلوكى .

ولعل مما يساعد فى العلاج النفسى لاضطرابات النوم ما يلى :

- عدم اجبار الطفل أو إكراهه على النوم ، والتخلى عن استخدام النوم كعقاب .
- تهيئة الطفل قبل النوم بحسن معاملته وطمأنته ، وقص القصص الجميلة والسارة ، وإثابته عن سلوكياته الجيدة .
- إبعاد عوامل التوتر والقلق والخوف عن الطفل ، وإشعاره بالتقبل والحب ، ومناقشته فى مشكلاته وهمومه وتفهمها وإرشاده إلى طرق علاجها .
- البعد عن لوم الطفل وتهديده باستمرار ، وكفالة جو الهدوء وعدم الإزعاج أثناء نوم الطفل ، وتجنب إيقاظه قبل أن يأخذ كفايته من النوم .

ا - العلاج البيئى :

ويتناول تعديل الظروف البيئية الأسرية والمدرسية المؤدية لاضطرابات النوم ، وإرشاد الوالدين وأعضاء الأسرة والمعلمين بشأن أدوارهم فى علاج المشكلة والأساليب الواجب اتباعها فى هذا الصدد ، ومن بينها حسن معاملة الطفل فى مواقف النوم ، وتنظيم مواعيده ، وتهيئة مكانه بالشروط الصحية الواجبة ، وتجنب ما يثير قلق الطفل وغيرته ، وعلاج الخلافات العائلية ، وتخفيف الضغوط المدرسية ، والاستشارة النفسية فى حالة الضرورة .

ثانياً : مشكلات واضطرابات انفعالية

Emotional Disorders

للانفعالات أهميتها الفائقة فى نمو شخصية الطفل . كما أن لها وظائفها التعبيرية والدافعية بالنسبة للنشاط والسلوك . ويتوقف أمر مساعدة الانفعالات فى نمو الطفل أو تعويقها له ليس على مدى شدتها وتكرارها فحسب ، وإنما على طبيعة الخبرات الانفعالية ونوعيتها " فبعض الانفعالات كالخوف والغضب والغيرة - وهى الانفعالات غير السارة - تعتبر معوقة لنمو الطفل ، فى حين أن بعض الانفعالات الأخرى وخاصة انفعالات الحب والمودة والفضول (وهى الانفعالات السارة) ليست فقط مساعدة على نمو الطفل ، بل تعتبر ضرورية من أجل النمو العادى فى سنوات الطفولة " (فتحى عبد الرحيم وحليم بشاى ، ١٩٨٠ : ٤٤٦) .

وتتطور الحياة الانفعالية للطفل تدريجياً ، حيث تتركز انفعالات الطفل فى سنى المهد حول احتياجاته العضوية الفسيولوجية ، وتتخذ صورة تهيج أو نشاط عام قد لا ينم عن تعبير معين ، ويذهب البعض إلى أن أولى انفعالات الطفل هى الخوف والغضب والحب ، بينما يذهب البعض الآخر إلى أن بعض المنبهات تحمل الطفل على تعبير انفعالى مناسب معين ، فالصراخ يبدأ انعكاسياً أو تلقائياً وعاماً ، لكنه فى مرحلة تالية يكون استجابة مميزة لصوت مفاجىء أو ضوضاء عالية أو لغياب الأم مثلاً ، ثم تتطور الانفعالات شيئا فشيئا تبعا لعوامل التعلم والنضج .

وعلى الرغم من أن الانفعالات تنطلق من تجهيزات بدائية واستعدادات فطرية إلا أنها سلوك متعلم ، فهى تتطور وتتسع نتيجة لتعلم معنى الإدراكات الحاسية ، والاستجابة بتعبيرات معينة فى المواقف الانفعالية المختلفة - كالخوف من الظلام أو من الثعابين مثلا - وتكاد تجمع نتائج البحوث على أن الصدمات الانفعالية التى يتعرض لها الطفل فى مطلع حياته المبكرة وتواتر الخبرات الضارة والعنيفة والمؤلمة المثيرة لتوتره الانفعالى الشديد والمتكرر تؤدى إلى إعاقة نموه الوجدانى ونضجه الانفعالى ، كما تؤثر سلبيا على توافقه الشخصى والاجتماعى ومفهومه عن ذاته .

وقد أوضحنا فى صفحات سابقة طبيعة الصراعات والتناقضات الوجدانية التى قد

تتملك الطفل فى مراحل نموه الأولى وتصبغ انفعالاته فى علاقاته بوالديه ، كما أشار الباحثون إلى ثلاثة أضرب من ضروب علاقة الطفل بوالديه أو أمه خاصة ، فإما أن يكون منبوذاً Rejected انفعالياً من جانب أمه التى ربما أشبعت حاجاته الفسيولوجية ولكن بطريقة آلية خالية من العطف والحنان اللازمين لتأمين حاجاته النفسية ، فينشأ جامداً جافاً قاسياً ، وإما أن يكون مفرط التدليل والحماية Protected فيشب مفتقراً إلى روح المبادأة الذاتية هيّاباً اتكالياً معتمداً على غيره شديد التعلق بالأم ، وإما أن يكون متناقضاً غريب الأطوار Erratic نتيجة تذبذب معاملة الأم له ، مما يزعزع ثقته بنفسه ويجعله غير مكتمل النضج الانفعالى . (عبد العلى الجسمانى ، ١٩٩٤ : ٦٤-٦٥) .

وتجدر الإشارة فى هذا السياق إلى الآثار بالغة الأهمية للأسرة والمناخ الأسرى ، والخصائص الانفعالية للوالدين - كعوامل مرضية - فى النمو الانفعالى للطفل ، فالطفل الذى ينشأ فى جو أسرى يسوده التوتر والقلق ، والاضطراب والتناقض ، وسوء العلاقات والتفاعلات ، والتباعد العاطفى ، غالباً ما يتشبع بعوامل الخوف والتوتر والغضب ، والشك والارتياب والقلق . كما أن الطفل يتشرب جانباً كبيراً من مخاوفه ويكتسب ميوله العصابية من تلك المخاوف والميول العصابية التى يستشعر وجودها لدى والديه .

وتشمل الاضطرابات الانفعالية فى مرحلة الطفولة مدى واسعاً من المظاهر والمشكلات كالغيرة Jealous والخجل Shyness والغضب Anger والخوف Fear والفزع Terror والانسحاب Withdrawal والاكتئاب Depression وأحلام اليقظة Day-Dream والقلق . ويغلب أن تزول معظم هذه المشكلات فى مرحلة الرشد إلا فى حالات قليلة تتطور إلى اضطرابات عصابية .

قلق الانفصال Separation Anxiety

وهو عبارة عن قلق مفرط ومستمر تعبيراً عن الخوف من الفراق أو الانفصال المحتمل أو العزلة الفعلية عن الأفراد الذين يرتبط بهم الطفل ارتباطاً وثيقاً لا سيما الأم ويكون مصحوباً بالاستثارة والحزن الشديد والبكاء ، وسوء التوافق والخلل فى الأداء الاجتماعى ، وربما باعتلال جسمى حاد .

ويشير أحمد عكاشة (١٩٩٢ : ٦٥٨) إلى أن هذا الاضطراب قد يأخذ شكل :

١- انشغال وانزعاج غير واقعى بشأن أذى محتمل قد يصيب الأشخاص الذين يتعلق ويلتصق بهم ، أو الخوف من أن يتركوه ولا يعودون .

٢- انزعاج غير واقعى يشغل الطفل بأن حدثاً مشئوماً سيفصل بينه وشخص شديد التعلق والالتصاق به ، كأن يخطف الطفل أو يقتل .

٣- رفض مستمر من الذهاب إلى المدرسة ليس خوفاً منها أو مما قد يحدث فيها ، وإنما خوفاً من الانفصال .

٤- رفض مستمر للنوم ما لم يكن الشخص المتعلق به فى محيطه أو بجانبه .

٥- الخوف الدائم من البقاء وحيداً دون وجود الشخصية اللصيقة به فى المنزل .

٦- كوابيس متكررة تدور حول الانفصال .

٧- ظهور أعراض جسمية متكررة : كالغثيان وآلام المعدة والصداع والقيء أثناء فترات الانفصال عن الشخصية المتعلق بها .

٨- ضيق مفرط أو متكرر على شكل قلق أو بكاء أو نوبات عصبية أو تبلد أو انسحاب اجتماعى عند توقع الانفصال عن الشخصية الملتصق بها أو أثنائه .

اضطراب القلق الاجتماعى (التجنب)

Social Anxiety (Avoidant Disorder)

ويتمثل فى الخجل الشديد والحذر من الغرباء وتجنب الاختلاط بهم بشكل غير طبيعى ، وكذلك الخشية الشديدة من المواقف الاجتماعية الجديدة والغريبة أو التى تنطوى على مخاطرة أو تهديد ، وتهيب الانخراط فى أغلب النشاطات الاجتماعية . وغالباً ما يظهر هذا الاضطراب قبل عمر ست السنوات وقد يستمر حتى مرحلة الشباب . وهو يعبر عن الخلل فى الأداء الاجتماعى للطفل وعجزه عن الاندماج مع الآخرين ومشاركتهم ، والتفاعل الإيجابى وإقامة علاقات إيجابية ومثمرة معهم مما يخشى معه أن يؤدى به إلى العزلة التامة والرهاب الاجتماعى .

وهذا الاضطراب أكثر حدوثاً لدى الإناث منه لدى الذكور ، ومع أنه يتشابه مع الخجل من حيث بعض مظاهره وأسبابه ، إلا أنه أكثر حدة . فالطفل الخجول قد يتحاشى الآخرين لفترة ما ثم يألفهم ويندمج معهم ، أما اضطراب التجنب فإنه يتجاوز الحدود الطبيعية للتهيب ، ويصاحبه التصاق شديد للطفل بأهله والتماس الحماية فى أشخاص مألوفين بالنسبة له ، وقد يصرخ أو يبكى إذا ما أكره على الاحتكاك بغرباء أو يهرب بعيداً ليختفى .

ومن بين أهم أسباب اضطراب القلق الاجتماعى الشعور بالنقص والدونية ، والخوف وعدم الشعور بالأمن ، والاضطرابات النمائية فى الوظائف الكلامية واللغوية ، ونقصان الثقة بالنفس ، وإدراك الآخرين كما لو كانوا مصادر تهديد بالنسبة للطفل .

اضطراب تنافس الإخوة الأشقاء

Sibling Rivlary Disorder

يتجلى هذا الاضطراب فى مشاعر الغيرة الشديدة المستمرة التى تتملك الطفل فى الفترة التالية مباشرة لميلاد أخ له يخشى أن يقوّض مكانته أو مركزه فى الأسرة ، ويستحوذ على اهتمام الوالدين والأهل ، وبحيث يؤثر هذا الاضطراب الانفعالى سلبياً على الأداء الاجتماعى للطفل .

وهو قريب الشبه بالغيرة Jealous التى هى عبارة عن حالة انفعالية كدرة ومركبة من مشاعر الخوف والغضب والحقد وحب الفوز . لكن الغيرة تدور حول موضوعات متعددة ، وقد لا تخلو منها نفس بشرية فى الأعمار المختلفة ، ويكون لمستواها البسيط وظائف دافعية للعمل والنشاط وتحقيق التفوق . أما اضطراب التنافس بين الإخوة فهو يتركز حول موضوع بعينه وهو الأخ ، كما أنه عادة ما ينشأ ويشيع فى مرحلة الطفولة المبكرة أكثر من مراحل العمر الأخرى ، كما يظهر بعد ميلاد طفل جديد مباشرة ، ويغلب أن يحدث لدى الطفل الأول من حيث الترتيب الميلادى فى الأسرة لا سيما فى العمر الزمنى الذى يتراوح بين سنتين وخمس سنوات ، وهى الفترة التى يتمركز فيها الطفل حول ذاته ، وبعد أن كان ينعم وحده بكل حب والديه ويستأثر بكامل عطفهما ورعايتهما ، يفاجأ بقدوم منافس له

يخصه الوالدان بالعناية والاهتمام على مرأى ومسمع منه ، وربما فَضّلاه عليه ، وأشادا بجماله أو نوع جنسه ، أو عاقبا الطفل الأول بسببه ، فيدركه كمصدر تهديد ويكرهه ويصب جام غضبه وحقده عليه .

وقد يكبت الطفل مشاعره العدائية نحو أخيه الصغير بتأثير والديه أو نتيجة شعوره بالذنب إزاءه ، وربما يكون لهذا الكبت آثار نفسية محدودة سرعان ما تزول تلقائياً ، أو تظل هذه الآثار مستمرة وتتحول إلى عصاب ، وذلك بحسب شدة الكبت ومدى استمراره ، وعلاقة الطفل بوالديه ، والطريقة التي يعالجان بها اضطراب الطفل (زكريا الشربيني ، ١٩٩٤ : ٣٧) .

أعراض اضطراب التنافس بين الأخوة :

- التنافس الشديد لجذب اهتمام الأهل واستمالة مشاعرهم .
- الاستنكار وعدم الاعتبار الإيجابي من الأخ لأخيه ، وفقدان أواصر الحميمية وقلة التفاعل الاجتماعي بينهما .
- نكوص الأخ الأكبر إلى أنماط سلوكية بدائية طفولية يفترض أنه تجاوزها لجذب انتباه الوالدين والاستئثار باهتمامهم : كالبوال اللا إرادى ، واللغة الطفلية ، ومص الأصابع وقضم الأظافر ، والحبو وكثرة البكاء .
- الشعور بالضيق المستمر والتوتر والهم وعسر المزاج واضطراب النوم .
- السلوك العدوانى سواء بالاعتداء البدنى على الأخ المنافس وإلحاق الأذى به ، والشجار المستمر معه ، أم بتحطيم لعبه وإتلاف الأشياء التى تخصه ، أم بازدرائه وتحقيره والامتعاض منه والتشهير به .

ومن المؤشرات الاكلينيكية التى تبدو عندما نطلب إلى هذا الطفل رسم أسرته إقصاء شقيقه الأصغر أو المنافس الذى يتعين وجوده ضمن أعضاء الأسرة فى الرسم ، أو إبعاده وحده مهملاً فى أحد أركان صفحة الرسم ، أو رسمه بحجم أصغر وتفاصيل أقل ، وبخطوط مشوهة غير معتنى بها ، وذلك تعبيراً عن غيرته منه وكراهيته له أو رغبته فى الخلاص منه . (عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٥ : ٢٠٨-٢١٨)

الوقاية والعلاج :

- التهيئة الوجدانية للطفل وتشويقه لاستقبال المولود الجديد بفترة كافية وأساليب ترغيبية مناسبة .

- إشعار الطفل بالأمن والطمأنينة وعدم التخلى عنه من قبل الوالدين لا سيما بعد ميلاد طفل جديد حتى لا يقع فريسة الخوف والتهديد والقلق .

- تجنب المقارنات الظالمة ، والمنافسات غير المتكافئة بين الأبناء ، وتوخى العدالة والإنصاف بينهم من حيث العطف والحب والاهتمام * .

- تجنب الصد والقسوة واستخدام العنف فى معاملة الطفل إذا ما أبدى سلوكاً نكوصياً ، والأفضل أن نبحث عن الأسباب ، ونعالجها بحكمة وهدوء ، ونشبع احتياجات الطفل المحبطة .

- تنمية ثقة الطفل بنفسه ، وتبصيره بطاقاته واستعداداته وإمكاناته المختلفة ، ومساعدته على تنميتها ، وإشعاره بالإيجابية والكفاءة .

- استخدام العلاج السلوكى فى إزالة عوامل الاضطراب وإطفائها ، وتعزيز سلوكيات تقبل الطفل لأخيه والتفاعل معه بالثناء اللفظى والمكافأة المادية ، ومشاركتهما اللعب .

القلق الرهابى Phobic Anxiety

ويتعلق هذا القلق بما يطلق عليه المخاوف المرضية أو الرُهاب ، وقد سبقت الإشارة فى معرض الحديث عن أنواع القلق العصابى أنها تتضمن تلك الحالة الشاذة من التخوف الدائم المبالغ فيه أو غير الطبيعى مما لا يخاف منه الناس ، وذلك إما من أشياء تافهة وسخيفة ، أو من أشياء مؤذية وخطرة فعلاً ولكن بشكل لا يتناسب مع درجة التهديد الفعلى لها ، حيث لا يوجد ما يبرر الفزع الشديد أو الهلع منها إلى حد التطيُّر ، وظهور بعض المصاحبات النفسجسمية لها : كالعرق الغزير أو الإسهال ، أو زيادة خفقان القلب وارتفاع

---

* من أقوال سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم : "اعدلوا بين أولادكم حتى فى القُبلة " و " ... فاتقوا الله واعدلوا بين أولادكم " .

ضغط الدم ، أو فقدان النطق أو الحركة ، وارتعاش الأطراف وجفاف الفم والحلق وشحوب الوجه .. وغيرها .

وتتعدد أشكال المخاوف المرضية تبعاً لموضوعها الذى يستثير القلق الشديد : كالخوف من الحيوانات مثل الحشرات والقطط والكلاب ، والخوف من وقوع المرض أو الأذى أو الموت أو القتل أو عضة الكلب ، والخوف من الأماكن المفتوحة أو المزدحمة أو الضيقة أو العالية ، والخوف من الظلام أو الوحدة أو الأشخاص الغرباء ، والخوف من الأماكن الخطرة : كالمصاعد أو الطائرات أو المياه العميقة ، والخوف من بعض الأفكار : كالانتحار أو الخوف نفسه ، والخوف من الأشباح أو القوى الخارقة أو الأرواح ... وغيرها .

ويلاحظ أن القاسم المشترك بين جميع حالات المخاوف أو الرُهاب هو تمركز الخوف والقلق حول موضوع محدد يختفى باختفائه ، وينتفى فى حالة غيابه ، ومن ثم فإن القلق حينئذ لا يمثل جزءاً من اضطراب طليق أو منتشر أو أكثر عمومية .

وقد كشفت نتائج دراسة لمحمد محمود محمد (١٩٩٥) أجريت على ١٥٠٩ أطفال من الأولاد والبنات بالصف الثالث الابتدائى من مناطق ريفية وحضرية بمحافظة الشرقية ، أن أكثر خمسة مخاوف شيوعاً بينهم كانت على الترتيب كما يلى : الخوف من الأماكن المظلمة ، ثم الأماكن المرتفعة ثم الخوف من الإصابة بالأمراض ، ثم الأماكن المزدحمة ثم الأماكن الضيقة . وكانت البنات أكثر خوفاً من الأولاد فى الموضوعات الأربعة الأولى ، وأظهر أطفال الريف خوفاً أكثر من الأماكن المرتفعة والضيقة عن أطفال الحضر ومدارس اللغات ، وتبين أن أطفال مدارس اللغات كانوا أكثر خوفاً من الإصابة بالأمراض من أطفال مدارس الحضر .

وتكاد تجمع نتائج البحوث على أن المخاوف أكثر شيوعاً لدى البنات منها لدى الأولاد (يوسف عبد الفتاح ١٩٩١ ، Ollendic & King , 1991 ، عادل غنايم ١٩٩٣ ، محمد محمود ١٩٩٥) وأن أطفال الطبقات الدنيا أكثر عرضة لها من ذوى المستويات الاقتصادية الاجتماعية المرتفعة (, Sledden , 1987 ، عادل غنايم ، ١٩٩٣) كما تشير بعض النتائج إلى أن الأطفال الأصغر سناً يظهرون مخاوف أكثر ممن هم أكبر سناً (Ollendic & King , 1991) .

نشأة المخاوف المرضية :

يرجع المحللون النفسيون المخاوف المرضية إلى كبت الرغبات المحظورة والمحرّمة ، ويرون أنه عندما تفشل الأنا فى إحكام هذا الكبت بالسيطرة على المواد المطمورة التى تنذر دائماً بالخطر وتهدد بالظهور على مسرح الشعور ، فإنها تقلق وتقوم بإزاحة Displacement الخوف من موضوعه الأصلى (الأب مثلاً) وإسقاطه على موضوع رمزى بديل (أسد مثلاً) ، ومن ثم فإن الطفل بدلاً من أن يخاف الخصاء من أبيه ، فإنه يخاف عضة هذا الحيوان . وبالمثل فقد تزيح الأنا الحفزات العدائية التى تستهدف إبادة الآخرين ، أو الخوف الشديد على الأم ومشاعر الإثم المرتبطة بتركها بمفردها وتقوم بإسقاطها على الأماكن المفتوحة فيرهبها الطفل .. وهكذا تتخذ المخاوف موضوعات معينة يسعى الفرد إلى تجنبها ظاهرياً لكنها ترمز فى حقيقتها - لا شعورياً - إلى موضوعات أخرى . وقد ضرب فرويد فى ذلك مثلاً بحالة الطفل "هانز" الذى كان يخاف الحصان ، لكن فرويد فسر حالة الطفل بأنه كان يعانى من رغبة ملحة فى إيذاء أبيه ، وحاول كبتها مخافة العقاب ففشل ، ثم أزاحها على موضوع آخر وهو الحصان .

أما السلوكيون فقد رأوا أن المخاوف يتم اكتسابها وتعلمها عن طريق ارتباط موضوعاتها بخبرات مؤلمة ، حيث يحدث فى فترة الطفولة المبكرة أن تنشأ بعض الارتباطات الشرطية بين مثير عادى ومثير أصلى أو طبيعى للخوف ، ثم تتكرر هذه الارتباطات فتنتقل استجابة الخوف من المثير الطبيعى إلى المثير العادى ، ثم تُعمّم الخبرة الانفعالية للخوف من المواقف الأصلية إلى المواقف والمثيرات المماثلة ، ولعلنا نتذكر فى هذا الصدد تجربة واطسن على الطفل ألبرت . وهكذا يرى السلوكيون أن الطفل يمكن أن يتعلم الخوف من شىء غير مخيف أصلاً ، كما يمكنه أن يألف شيئاً آخر مخيف ولا يرهبه .

ويبدو أن الأطفال يتعلمون الخوف بطرق عديدة أخرى كالملاحظة والإيحاء والتقليد ، وتخويف الكبار ، ونتيجة لخبرات واقعية عقابية أو مروّعة أو منفّرة ، وكذلك نظراً للظروف الأسرية السيئة ، والاتجاهات السلبية فى التنشئة : كالرفض الوالدى والعقاب ، وسوء معاملة المعلمين .

علاج المخاوف المرضية :

من أكثر الطرق شيوعاً فى علاج المخاوف المرضية (محمد عودة وكمال مرسى ، ١٩٨٦ : ٢٧٧-٢٧٨) ما يلى :

١- العلاج بالاستبصار Insight Therapy : ويهدف إلى الكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ، ومساعدته على حلها وتنمية ثقته بنفسه ، وتعديل اتجاهاته نحو الآخرين : كالوالدين والإخوة والأقران والمعلمين . كما يشمل إرشاد وتبصير المحيطين بالطفل وكل من له علاقة بمخاوفه بدوره فى حل المشكلة .

٢- العلاج السلوكى Behavior Therapy : ويهدف إلى تعديل السلوك بإطفاء استجابات الخوف لدى الطفل أو إضعافها ، وتعزيز وتقوية استجابات التعود على الموضوعات التى تَعلم الخوف منها وزيادة ألفته بها ، ومن طرق ذلك :

أ - التخفيف المنظم للإحساس بالخوف : ويطلق عليها أيضاً طريقة التحصين التدريجى Systematic Desensitization وهى من أهم فنيات العلاج السلوكى الحديث ، وتقوم على تقريب الطفل تدريجياً من الأشياء أو الموضوعات المثيرة لخوفه إما فى مواقف واقعية حقيقية ، أو عن طريق أفلام سينمائية أو تليفزيونية ، وذلك وفقاً لترتيب هرمى معين أو خطوات متدرجة Graded Steps ، بدءاً من أقل مثيرات الموقف استدعاء لخوف الطفل وانتهاء بأقوى تلك المثيرات إخافة له ، وذلك حتى تنتهى عناصر الترتيب الهرمى بتناقص مخاوف الطفل ، وعن طريق المواجهة المباشرة للمثيرات المحسوسة فى موقف الخوف ، ويتم من خلال ذلك عملية تشريط عكسى Counter Conditioning يجعل الموقف المخيف موقفاً غير مؤلم ، ويربط استجابة الشعور بالطمأنينة والارتياح بالشيء الذى كان مخيفاً .

ولقد ثبتت فاعلية هذه الفنية فى علاج أنواع كثيرة من المخاوف : كالخوف من المدرسة (عبد الرحمن سيد سليمان ، ١٩٨٨) والخوف من الأماكن المظلمة (محمد محمود محمد ، ١٩٩٥) .

ب- طريقة تقليد نماذج الشجاعة Brave Models : وتقوم على أساس تشجيع الطفل

المخاوف على مشاهدة الآخرين وهم يتعاملون مع ما يخيفه بدون خوف ، وذلك بعرض أفلام كرتونية وأفلام سينمائية يشاهد فيها الطفل أطفالاً آخرين يرون ما يخاف منه وهم فرحون مسرورون ، فيقلدهم فى سلوك الشجاعة ويتخلص من مخاوفه ، وقد استخدم هذه الطريقة باندورا وزملاؤه فى علاج مخاوف الأطفال .

ثالثاً : مشكلات واضطرابات سلوكية

Behavioral and Conduct Disorders

يعرّف كمال دسوقى فى معجمه ذخيرة علوم النفس (١٩٨٨) السلوك Behavior بأنه " الاستجابة الكلية التى يقوم بها كائن عضوى ما لأى موقف يواجهه ... ويشمل بمعناه الواسع أى شيء يفعله الكائن ويمر بخبرته" (ص : ١٦٩-١٧٠) بينما يعرّف مسلك أو تصرف Conduct بالسلوك " كما يوجهه بعد النظر أو التصرف ، وعلى الأخص المعايير الخلقية أو الأدبية " (ص :٢٨٩) كما يستخدم اللفظين اضطرابات المسلك واضطرابات السلوك بمعنى واحد ، وهو عدم سواء فى السلوك يؤثر فى التوافق العام والاجتماعى للفرد ، يعتقد ألا يكون مرتبطاً بعلة أو مرض عضوى ، أو اضطرابات ارتجافية ، وليس جزءاً من ذهان أو عصاب محدد تماماً ، وتظهر هذه الاضطرابات فى مدى واسع من اضطرابات الجناح وسوء السلوك : كالمروق والشجار ، والعصيان والتمرد ، والكذب والسرقة والتزييف ، وإشعال الحرائق والتخريب ، وتعاطى الكحول والمخدرات والاغتصاب الجنسى والتشرد ... كما تظهر فى سمات عصابية معينة كالجوال النومى ، والمخاوف والنشاط الزائد ، وكمشاكل دراسية ، وصعوبات مهنية . (كمال دسوقى ، ١٩٨٨ : ١٧١) .

ونعرض فيما يلى لبعض تلك المشكلات والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين وهى : البُوال اللا إرادى ، والكذب ، والسرقة ، والمسلك العدوانى والجانح .

سلس البول (البوال اللا إرادى)

Eneuresis

يعتبر البوال اللا إرادى أثناء النوم - دون وجود أسباب عضوية - من أهم المشكلات المتعلقة بالضبط الذاتى والتحكم الإرادى فى مرحلة الطفولة ، وربما تستمر إلى مراحل عمرية تالية ، وقد يحدث البوال اللا إرادى أثناء اليقظة فى حالات قليلة خاصة فى المواقف الصادمة والمفزعة الشديدة .

ومن المعروف أن عمليات ضبط الاخراج تختلف من طفل إلى آخر تبعاً لعوامل كثيرة شخصية جسمية ونفسية ، وأخرى بيئية خارجية أسرية ومثيرات ومواقف كثيرة يتعرض لها الطفل . إلا أنه بصفة عامة يفترض أن يبدى الطفل تحكماً ذاتياً أو إرادياً فى عضلاته العاصرة ، ومن ثم يتحكم فى تفريغ البول ما بين نهاية العام الثانى ونهاية العام الثالث من عمره ، وقد يضبط بعض الأطفال أنفسهم قبل ذلك أو بعده بقليل .

ويتواتر حدوث البوال بأشكال مختلفة ، فقد يحدث بصفة مستمرة أو منتظمة أو فى فترات متقطعة غير منتظمة ، وقد يتم بشكل عابر أو طارىء ليواكب ظروف وأحداث معينة Episodic تستثير توتر الطفل كالغيرة أو المواقف الضاغطة ، وقد يكون ولادياً أو يكون انتكاسياً Relapse مؤقتاً ، وقد يتم ليلاً Nocturnal أو نهاراً Diurnal أو ليلاً ونهاراً Nocturnal - Diurnal .

ويعتبر البوال اللا إرادى مشكلة حقيقية تستلزم البحث والعلاج المناسبين إذا ما استمرت هذه العملية بصورة منتظمة ومتكررة إلى ما بعد سن الرابعة سواء أثناء النوم فقط - وهى الحالة الأكثر شيوعاً - أم أثناء النوم واليقظة أم أثناء اليقظة فقط ، وهى الحالات الأكثر ندرة . جدير بالذكر أن المشكلة قد لا تكون فى عملية التبول اللا إرادى ذاتها ، وإنما فى نمط التفاعل الاجتماعى للوالدين مع الطفل ، والكيفية التى يعاملونه بها ويعالجون المشكلة ، وما إذا كانت هذه الكيفية قائمة على التفهم والتسامح والمساندة الوجدانية ؟ أم التشدد والإيذاء البدنى والمعنوى .

ويعد تنظيم التحكم فى انسياب البول خطوة نمائية هامة فى تاريخ النمو النفسى

للطفل ، فتنظيم البول أو ضبطه ليس أمراً آلياً (ميكانيكياً) وإنما هو أمر يتم بناء على تداخل عوامل عديدة لكل منها دوره فى تكوين العَرَض من بينها النضج الفسيولوجى ، والشحن الوجدانى للوظائف العضلية التى قد تكون مصدراً للبهجة والسيطرة وفى الوقت ذاته مصدراً للحصر وللدفاعات ، والعلاقات مع الأم ، تلك التى تسير فى خط متواز مع التدريب على ضبط العضلات العاصرة . (نيفين زيور ، ١٩٨٩ : ٧) .

ويفسر سلس البوال من الناحية الفسيولوجية بأنه عندما يزداد الضغط داخل المثانة ، فإن مستقبلات الضغط بجدار المثانة ترسل تنبيهاتها عبر الحبل الشوكى إلى المخ ليصدر أمر التبول ، حيث ترتخى العضلة العاصرة الداخلية ، وعضلات المنطقة الشرجية ، بينما تنقبض عضلات جدار البطن ، ويهبط الحجاب الحاجز مع الوقوف المؤقت للتنفس ، فيزيد الضغط داخل البطن ومن ثم الضغط الخارجي عليها والداخلى فيها ويؤدى إلى تفريغ البول . أما فى الأحوال غير العادية فإن القشرة اللحائية للمخ ترسل إشاراتها لتزيد من مرونة المثانة وإحداث ارتخاء بها مما يخفض معدل الضغط بداخلها . (زكريا الشربينى ، ١٩٩٤ : ٦٣).

الآثار النفسية لسلس البول :

يؤدى استمرار حالة سلس البول لدى الطفل إلى اضطراب شخصيته ونموه الانفعالى والاجتماعى ، إذ يترتب عليها شعورا متزايدا بالخجل ، وبفقدان الثقة بالنفس ، والنزوع إلى الانسحاب والانطواء ، وظهور بعض الأعراض العصابية : كالقلق والاكتئاب ، ومشاعر الذنب والإثم . ولقد أكدت نتائج بعض الدراسات الحديثة (فاتن على حلمى ، ١٩٩٤) أن الأطفال البواليين أكثر ميلاً للعدوانية والانطوائية والعصابية والاكتئاب من أقرانهم العاديين ، إضافة للتقدير السلبى لذواتهم ، وسيطرة النظرة السلبية للحياة عليهم . كما تبين أنهم أقل من الأطفال العاديين من حيث الشعور بالكفاءة الشخصية ، والتجاوب الانفعالى مع الآخرين .

كما أن لاستمرارية حالة سلس البول آثارها السلبية على الوالدين والعلاقة فيما بينهما ، وذلك لما تسببه من ازعاج وتوتر وشعور بالأسى ولوم الذات ، ومن تدنى مستوى توقعات الوالدين عن طفلهما .

أسباب سلس البول :

هناك أسباب عديدة للبوال اللا إرادى عضوية وفسيولوجية ، وانفعالية أو نفسية ، وحشوية ، وبيئية أسرية ، ومنها ما يلى :

١- أسباب عضوية وفسيولوجية :

أ - عيوب تشريحية فى الجهاز البولى كضيق سعة المثانة ، أو صغر حجمها الوظيفى ، أو ضيق عنقها .

ب- التهابات المثانة أو الحالب أو مجرى البول أو المستقيم .

جـ- وجود ديدان طفيلية ناتجة عن الإصابة بالبلهارسيا والانكلستوما .

د - عدم نضج الجهاز العصبى بحيث لا يمكن للطفل تكوين الاستجابة المنعكسة الشرطية اللازمة لامتلاء المثانة بالبول ، وهى التيقظ وتصريفه .

هـ- الإصابة بمرض السكر نتيجة اضطرابات الغدة النخامية والبنكرياسية .

و - التهابات الجيوب الأنفية وتضخم اللوزتين وتشوه أو عدم التئام الجزء السفلى من العمود الفقرى (الفقرات العجزية والقطنية) ، والتهابات الحبل الشوكى .

ز - الإجهاد والإنهاك الجسمى والعصبى .

ح - فقر الدم ونقصان الفيتامينات .

ط - استعدادات وراثية حيث كشفت بعض الدراسات عن تواتر حدوث سلس البول بين الإخوة والأخوات .

٢- أسباب نفسية :

أ - الشعور بالخوف الشديد والفزع الناجم عن مثيرات خارجية واقعية : كالحشرات والحيوانات المتوحشة والظلام ، وربما المدرسة خاصة عند أول الالتحاق بها . وقد ينتج هذا الخوف مما قد ينطبع فى ذهن الطفل ومخيلته من صور مرعبة ، ومشاهد قاسية : كالقتل والتدمير والانفجارات التى يتوارد حدوثها فى بعض الحلقات والمسلسلات التليفزيونية والأفلام السينمائية التى يشاهدها .

ب- الشعور بالتهديد وعدم الأمن إما من المحيطين بالطفل كالآباء والمعلمين ، أو نتيجة التعرض لخبرات انفعالية صارمة أو مفجعة وبصورة مفاجئة كفقد أحد الوالدين أو انفصالهما أو التعرض للعدوان .

جـ- الغيرة الشديدة من مولود جديد مثلاً وشعوره بالتهديد بفقد مكانته واهتمام والديه ، أو من أحد الأخوة أو الأقران الذين يتلكون مهارات أو مواهب لا يتمتع بها الطفل ذاته .

د - الحرمان العاطفى الذى يعانيه الطفل لسبب أو آخر يتعلق بالأم خاصة ، كعدم تقبلها له ، أو قسوتها عليه أو تدليلها المفرط له ، أو غيابها عنه بسبب الموت أو الطلاق .

هـ - الاكتئاب حيث وجد أن استخدام بعض مضاداته يؤدى إلى تخليص بعض الحالات من مشكلة سلس البول .

٣ - اسباب حشوية :

كالإفراط فى الشرب وتناول كميات كبيرة من السوائل قبل النوم مباشرة ، وتناول المواد الحريفة المهيجة للجهاز البولى والمثيرة للعطش الشديد .

٤ - اسباب بيئية اسرية :

أ - نشوء الطفل فى مناخ أسرى مشبع بالمشاكل والصراعات ، وعلاقات أسرية ووالدية مضطربة يغشاها الشجار والخلاف وعدم الانسجام .

ب - استخدام أساليب معاملة والدية لا سوية فى تنشئة الأبناء : كالقسوة والعقاب البدنى والاضطهاد وعدم التقبل ، وتفضيل بعض الأبناء على بعضهم الآخر ، وما يترتب على ذلك من ازدياد مخاوف الطفل وشعوره بالذنب وبالنقص وبالغيرة وبعدم الثقة فى النفس . ومن هذه الأساليب :

- الإفراط فى تدليل الأبناء وحمايتهم حماية زائدة فيعتمدون بصورة كلية على الأباء ، بحيث إذا ما فقدوا امتيازاتهم التى تعودوها لا يطيقون الحرمان منها

فيشعرون بالقلق والتهديد ، مما يؤدى إلى البوال اللا إرادى فى أعمار يفترض أن يضبطوا أنفسهم فيها إراديا ، أو ينكصون إليه بطريقة لا شعورية فى كبرهم طلبا للرعاية الأموية أو الوالدية الزائدة التى كانوا يلقونها خلال سنوات طفولتهم الأولى ، والتماسا للاعتمادية الزائدة على الأم خاصة .

- إهمال الطفل واحتياجاته ، أو كراهيته ونبذه ، وإكراه الطفل والتسلط عليه والتشدد معه ، ومن ثم ينزع إلى البوال التماسا للتشبث بالوالدين وطمعا فى اهتمامهم وحبهم المفقود ، أو تفريغاً لمشاعره العدائية تجاههما ، وربما تعبيرا عن عناده ورفضه لسطوتهما عليه . وقد تتمثل هذه المشاعر العدائية فى أشكال متخفية فيما قد نلحظه على الطفل فى بعض الحالات من لامبالاة وبلادة انفعالية إزاء البوال ، فيبدو وكأن الأمر لا يعنيه فى شيء .

جـ - تقصير الوالدين فى تدريب الطفل على مهارات التحكم الذاتى فى انسياب البول ، وعدم اهتمامهم بمتابعة الطفل أثناء نومه .

د - سوء العلاقة بين الأم والطفل .

هـ - ضخامة عدد أفراد الأسرة بحيث يترتب على ذلك عدم نوال الطفل القدر اللازم من الحب والاهتمام والرعاية الواجبة .

و - استخدام التدليل الزائد أو القسوة الشديدة فى تدريب الطفل على التحكم فى انسياب البول ، أو التعجيل بعملية التدريب ذاتها قبل أوان النضج الفسيولوجى اللازم لهذه العملية لدى الطفل .

علاج سلس البول :

١ - الفحص الطبى للحالة من الناحية العضوية والفسيولوجية للتحقق من سلامتها الجسمية ، وعلاج ما قد يكون لديها من العيوب أو الالتهابات أو الأمراض التى سبقت الإشارة إليها .

٢ - التجمل بالصبر والحكمة والحذر من استخدام التهديد والقسوة والعنف مع الطفل لاسيما فى المرحلة أو الحالات الأولى للبوال اللا إرادى - بعد السن التى يفترض أن يضبط فيها عملية التبول - خشية أن يؤدى ذلك إلى العكس فيثبت الطفل على هذه العملية ويعاند ، أو يعتريه القلق الشديد والشعور بالذنب والإثم .

٣ - بث روح الثقة فى النفس لدى الطفل وطمأنته ، واستنهاض همته وعزمه ودافعيته للتحكم الإرادى فى عملية التبول ، وذلك بمكافأته وتعزيز سلوك التحكم لديه .

٤ - إزالة الأسباب المؤدية إلى قلق الطفل وتوتره وخوفه من البيئة المنزلية ، وتهيئة مناخ أسرى قوامه الشعور بالأمن والدفء والطمأنينة والاحترام المتبادل ، والمساندة الوجدانية ، واكتساب الكفاءة والثقة بالنفس .

٥ - تجنب كل ما يهدد أمن الطفل لا سيما المقارنات الظالمة وغير المتكافئة بينه وإخوته أو زملائه ، والتخلى عن أسلوب التفرقة بين الأبناء فى المعاملة ، وتجنب توريط الطفل فى مواقف تنافسية غير متكافئة لا يستطيع تحمل أعبائها ويُتوقع مسبقاً الفشل فيها .

٦ - إكساب الطفل عادات سلوكية وقائية وعلاجية تساعده على الضبط الذاتى لعملية التبول مثل :

أ - عدم تناول مواد غذائية وأطعمة حرِّيفة مهيجة للجهاز البولى ومثيرة للعطش الشديد .

ب- عدم تناول السوائل بكثرة قبل النوم مباشرة .

جـ- إيقاظ الطفل فى أوقات منتظمة بعد خلوده للنوم أول الليل وفى الصباح المبكر للتبول .

د - تدريب الطفل على التحكم فى تبوله على فترات متباعدة كافية خلال النهار .

٧- مساعدة الطفل على الاعتماد الذاتى فى تلبية حاجته للتبول فى الوقت المناسب ، ولعل مما يشجعه على ذلك : إضاءة دورة المياة ليلاً والممر المؤدى إليها ، وألا تكون المسافة بينهما وغرفة نوم الطفل بعيدة .

٨- استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب بمعرفة الطبيب النفسى وبالجرعة التى يقررها ؛ كالتوفرانيل ، والتريبتيزول والأنفرانيل ، وذلك لما لها من تأثيرات مضادة للأعصاب الباراسمبثاوية ، ومقوية للأعصاب السمبثاوية ، مما يجعل المثانة تحتفظ بكميات أكبر من البول .

العلاج السلوكى لسلس البول :

يعتمد العلاج السلوكى لسلس البول فى جوهره على إزالة العادات غير الصحيحة - عن طريق فك الاشتراط Deconditioning - وتعلم عادات أخرى مناسبة وصحيحة - عن طريق إعادة التشريط Reconditioning - على النحو التالى :

أ - قبل العلاج : امتلاء المثانة بالبول ← ارتخاء عضلة المثانة .

ب- بعد العلاج : امتلاء المثانة بالبول ← إيقاظ وتبول ← ارتخاء عضلة المثانة .

وقد صممت أجهزة عديدة لهذا الغرض كان من أولها جهاز مورر Mowrer (البطانية والجرس) وهو عبارة عن قطعة قماش رقيقة مغلفة من جهتيها برقاقتين معدنيتين مثقبتين ، موصل كل منهما بسلك بحيث يكون طرفا السلك فيشة كهربية موصلة على بطارية ٩ ڤولت موصلة بجرس ، وتستخدم قطعة القماش كفراش للطفل أثناء نومه . وعندما تبلل فإنها تصبح موصلاً للكهرباء عبر الرقاقتين المعدنيتين ، وعندئذ يصدر صوت الجرس الذى يعمل بمثابة منبه للطفل ، فيستيقظ وتنقبض عضلات مثانته ، ثم يتوجه إرادياً إلى دورة المياه .

وقد طرأت تعديلات عديدة على هذا الجهاز لما رآه البعض من أثار مزعجة لصوت الجرس ، فلجأ البعض إلى تطوير نظام ثنائى الإشارة بدلاً من صوت الجرس - كما فى جهاز ليفيبوند Livibond - حيث تصدر الإشارة الأولى لمدة ثانية وهى صوت عربة - كمنبه مزعج - إلى ايقاظ الطفل وانقباض المثانة ، ثم يتبعها صوت جرس خفيف لمدة دقيقة تقريباً لاستدعاء مساعد : كالأم مثلاً .

وبلجأ البعض الآخر مثل كروسبى Crosby إلى تصميم جهاز يثبت على الرداء الداخلى للطفل ليحدث صدمة كهربية عندما يبلل الطفل فراشه نتيجة اتصال طرفى الدائرة بالبول .

وقد لوحظ أن جهاز ليفيبوند هو أفضل هذه الأجهزة ، إذ يؤدى إلى نسب نجاح تصل إلى ٧٠٪ ، بينما تصل نسبة الانتكاس إلى ٥٠٪ فى حالة جهاز مورر ، وقد تستيقظ الأسرة بأكملها على صوت الجرس هذا الطفل البوّال . (زكريا الشربينى ، ١٩٩٤ : ٧٤) .

الكذب Lies

يذكر عبد العزيز القوصى أن كلا من الكذب والسرقة والغش تشترك فيما بينها فى صفة واحدة هى عدم الأمانة . فالكذب يعنى عدم الأمانة فى وصف الحقائق ، والسرقة تعنى عدم الأمانة إزاء ممتلكات الآخرين ، بينما الغش هو عدم الأمانة فى القول أم الفعل بشكل عام (١٩٧٥ : ٣٣٩) .

إلا أن عدم الأمانة يعوزها التحقق من مدى توافر النية أو سبق الإصرار لدى الفرد الكذاب للتشويه المتعمد للحقائق ولتضليل الآخرين ، وضرورة الكشف عن حقيقة الدوافع المؤدية للكذب وتحديدها . فالطفل الصغير لا سيما قبل سن السادسة قد يبدو لنا كذاباً فى الظاهر لكننا لو بحثنا فى الأسباب لوجدناه يعيش ما يحكيه لنا كما لو كان واقعاً فعلياً نتيجة لخياله الخصب أو لالتباس الخيال بالواقع واختلاط حدودهما فى عقله دون تمييز ، ومن ثم نجده يختلق ويُلفق ، أو " يَفْشُر " ليس لأنه كذاب وغير أمين وإنما لأن حقيقة الأمور لديه هى كما يحكيه بالفعل ، وذلك لعدم مقدرته على التمييز بين ما هو واقعى حقيقى ، وما هو خيالى وزائف أو وهمى . وقد يستمر الأمر معه بالطريقة نفسها حتى يتسنى له التمييز بين حدود الواقع والخيال ، ويعتمد ذلك على عوامل عديدة منها مدى خبرة الطفل بالواقع ، واحتكاكه بالآخرين واندماجه وتفاعله مع مقومات البيئة التى يعيش فيها .

وتتفق آراء الباحثين على أن الكذب صفة سلوكية مكتسبة أو متعلمة ، ويبدأ ذلك بالاقتداء بمن يحيطون به فى أسرته أولاً ثم بمن يتعامل معهم فى بيئته ومدرسته ، وقد

يلجأ الفرد إلى الكذب بدافع الانتقام من آخرين لغيرته منهم أو للتعويض عن حرمانه وقصوره ونقصه ، أو يستخدمه كوسيلة هروبية للإفلات من عقاب أو للتملص من أعباء أو واجبات لا يقوى على تحملها والوفاء بتبعاتها ، وقد يجد الفرد نفسه مسوقاً إلى الكذب ولكن بطريقة لا إرادية لا يعى بها ولا يستطيع التحكم فيها فيصبح حالة مرضية معقدة . كما قد يكون الكذب متعمداً بقصد التمويه أو التضليل والخداع مثلما نجده فى بعض حالات اضطراب المسلك Conduct Disorders كالجانحين ، ومحترفى السرقة ، والمدمنين ، ولدى حالات المراهقين الذين يهربون من مدارسهم .

أنواع الكذب :

يمكن تصنيف الكذب بناء على أسبابه والدوافع المؤدية إليه إلى الأنواع التالية ، على أن نضع فى اعتبارنا أن النوعين الأولين ليسا كذباً بالمعنى الصحيح للكذب .

١) التحريفات الخيالية Fantastic , Imaginative

وتشيع فى سنوات الطفولة الأولى لا سيما لدى الأطفال الذين يتمتعون بالخيال الخصب الجامح ، ويمتلكون نصيباً موفوراً من المحصول اللغوى فينزعون إلى اختلاق الحكايات والقصص الوهمية ، وهم أقرب فى ذلك إلى الأدباء الكبار عندما يؤلفون القصص وينسجون الروايات ذات الطابع الخيالى والمشوبة بالتحريف والمبالغة والحذف والإضافة وغيرها ، مع الفارق طبعاً بين إنتاج الطفل و الإبداع القصصى والروائى للأدباء والكبار وذلك من حيث تعقيد البنية القصصية وحبكتها ومغزاها ، وهذا النوع من المبالغات - أو الكذب البرىء - لا يدعو إلى القلق من قبل المحيطين بالطفل لأنه لا يستهدف خداع الآخرين وتضليلهم ، وإنما يكشف عن استعداد خلاق لدى الطفل يستحسن استغلاله وتنميته وتوجيهه والإشادة به ، مع إشعاره بأن هذه القصص مخالفة للواقع ، ومساعدته على حسن التمييز بين ما هو تصورى خيالى وما هو واقعى حقيقى .

٢) التحريفات الالتباسية Confusional

تشيع فى الطفولة الأولى أيضاً ، وهى ترجع إلى خلط الأطفال الصغار بين ما يدركونه حاسياً (يرونه ويسمعونه) فى العالم الخارجى ، وما ينشأ فى عقولهم من أخيلة وصور ذهنية لا تقل وضوحاً عن تلك التى رأوها أو سمعوا بها فى الواقع ويتعذر عليهم

التفرقة بينها ، وتبدو هذه الالتباسات واضحة عندما يعيد بعض الأطفال قصة سبق أن سمعها من أمه أو جدته ، فيحرك فى وقائعها ، ويحذف منها ويضيف إليها ، ليس لأنه كذاباً ، وإنما لمحدودية مقدراته العقلية وعدم نضجها ... لذا فهو ينسى بعض تفاصيل القصة الأصلية ولا يتذكر تسلسل وقائعها ، فتنشأ فجوات معينة قد تصيبه بالارتباك والتوتر ومن ثم ينزع إلى إكمالها بطريقته الخاصة .

وربما لفّق الطفل على منوال القصة قصة أخرى ، واستعار بعض رموز القصة الأولى فى قصته الجديدة . وقد يبدو الالتباس واضحاً أيضاً عندما يقصُّ الطفل حكاية هى فى الحقيقة حلماً رآه فى الليلة السابقة . إلا أنه فى جميع الأحوال يتحدث عن قصته هذه أو تلك كما لو كانت حقيقة عايش وقائعها فعلاً .

٣) الكذب الانتقامى (الكيدى) Aggressive :

وينزع فيه الفرد إلى إلصاق التهم بالآخرين دون ذنب ارتكبوه انتقاماً منهم . وهو شكل من أشكال العدوان غير المباشر نتيجة لمشاعر كالغيرة مثلاً . فالطفل قد يدّعى على أخيه ويتهمه زوراً بما ليس فيه لأنه يحظى أكثر منه بإعجاب الوالدين وتقديرهم ، أو لأنه أكثر نجاحاً منه . وهو ما يستلزم التنويه بضرورة التزام العدالة بين الأبناء وعدم التفرقة بينهم ، وكذلك فى معاملة العمال والموظفين فى مصانعهم ومؤسساتهم المختلفة .

٤) كذب التقليد Imitative :

يتعلم الطفل سلوك الكذب عن طريق تقليد الوالدين أو من يقوم مقامهما ، وعن طريق من يتعامل معهم فى حياته اليومية : فالطفل عندما ينشأ فى بيئة أسرية يشيع فيها أن أحد الوالدين أو كلاهما يكذب على الآخر ويضلله على مرأى ومسمع من الطفل ، فإنه غالباً ما يتعلم سلوك الكذب . ومن الأمثلة الدالة على ذلك نكران أحد الوالدين لوجوده عندما يأتيه ضيف غير مرغوب فيه ، أو يحادثه أحد فى التليفون لا يود الرد عليه ، بل ومما يزيد الطين بلة أن يطلب إلى الطفل ذاته الادعاء كذباً بعدم وجود أبيه أو أمه لهذا الضيف الزائر أو ذلك المتحدث عبر التليفون . وفى بعض الأحيان ربما يتعلل الأب أو الأم بأسباب كاذبة غير حقيقية - أمام الطفل ونيابة عنه - عندما لا يذهب إلى المدرسة مثلاً ، أو يهمل أداء واجباته ، أو يرتكب سلوكاً خارجاً فى الطريق أو المتجر أو النادى .

وفى المدارس قد نجد تلميذاً يقلد زميله عندما يدرك أن الكذب قد حقق لهذا الزميل مكاسب وقتية معينة أو ساعده على الإفلات من عقاب وجنّبهُ الشعور بالألم لبعض الوقت ، كما قد يتعلم الطفل الكذب ويمارسه من خلال بعض الممارسات السلوكية الخاطئة فى المحيط المدرسى عندما يجد - مثلا - رسوماً أو أعمالاً فنية فى معرض المدرسة باسمه أو باسم أحد زملائه ليست من إنتاجهم أصلاً ، أو أن المعلم تدخل فيها بيده مباشرة وأضاف إليها أو حذف منها بشكل جوهرى دون توجيه التلميذ وإرشاده إلى القيام بذلك بنفسه بعد اقتناعه واستبصاره بأهمية ذلك .

٥) الكذب التفاخرى Exaggerative (الادعائى) والتعويضى Compensative :

عادة ما يرجع هذان النوعان إلى الشعور بالحرمان والنقص وعدم الكفاية فيلجأ الطفل إلى التعويض عن حرمانه ونقصه بإضفاء مظاهر القوة والسيطرة والتفخيم والتعظيم على ذاته لاستشعار اللذة والإشباع المفقودين ، ورفع مستوى مكانته وسط أقرانه وتعزيزها ، ويستلزم هذا النوع ضرورة التعرف المبكر على دوافعه وتبصير الطفل بجوانب قوته ومساعدته على استثمارها ، وعلى تقبل نواحى ضعفه وقصوره والعمل على مواجهتها واقعياً قبل أن تستفحل الأمور ويدمن الكذب التعويضى والادعاءات الكاذبة .

أعرف مراهقاً يقطن فى أحد الأحياء الشعبية يعانى من تقتير أبيه عليه رغم يُسره المادى ، ولكنه يزعم لأصدقائه مراراً أن أسرته تتنقل بين مسكنين فى اثنين من أفخم أحياء القاهرة ، كما يتحدث عن "خدم وحشم" وعن سيارات وهمية من أحدث طراز يمتلكونها ، كل ذلك تعويضاً عن حرمانه وشعوره بالنقص . وكثيراً ما نصادف فى حياتنا نماذج مختلفة فى أعمار متقدمة يدّعون لأنفسهم رجَاحَة عقول وكفاياتٍ وبطولاتٍ ومقدراتٍ زائفة لا أساس لها من الصحة ، وذلك لتحقيق الغرض نفسه وهو التعويض عما يعانونه من حرمان وقصور .

وربما لجأ الفرد إلى الكذب الادعائى نتيجة لشعوره بالفشل والإحباط أو نتيجة للضغوط البيئية الشديدة التى يتعرض لها فيدّعى المرض ويختلق الأعذار الكاذبة ليتجنب القيام بعمل ما يصعب عليه إنجازه ، أو ليهرب من إنجاز واجبات مدرسية تفوق طاقته ومقدرته ، وربما يلجأ إلى الكذب الادعائى لكى يفلت من المساءلة والعقاب عن أفعال ارتكبها ، أو عناداً للسلطة الوالدية أو المدرسية أو الإدارية وتحدياً لها .

٦) الكذب المرضى Pathological

قد يشتد على الفرد شعوره بالضغط والنقص والقلق فيكبت ذلك ، ثم ينزع إلى الكذب بصورة متكررة ومستمرة لا إرادية فيدمنه ويعتاده كلما واجهته صعوبة أو مشكلة . وهنا يصبح الكذب سواء على النفس أم على الآخرين دافعاً شعورياً لخفض توتر الفرد من خلال توزيع اتهاماته على من حوله ، وتوهم الظلم والمكائد والاضطهاد من الآخرين كما هو الحال فى جنون الاضطهاد مثلاً .

وسائل علاج الكذب :

١) الترفق بالطفل وعدم الانزعاج الشديد إزاء مبالغاته وتحريفاته الخيالية والالتباسية ، مع إرشاده للفروق بين الواقع والخيال تدريجياً للحيلولة دون الإغراق فى الخيال لما يترتب عليه من صعوبات فى إدراك العالم الواقعى والتباعد عنه .

٢) تهيئة مناخ أسرى ومدرسى يسوده الصدق فى القول والعمل والتزام الأمانة والوفاء بالوعود والقدوة الحسنة ، بما يساعد الطفل على الاقتداء بهذه السلوكيات وليس بعكسها .

٣) اتسام المعاملة الوالدية للأبناء بالعدالة وعدم التفرقة بينهم وذلك لتجنيبهم مشاعر الغيرة والكراهية ، أو إنماء مشاعر النقص والدونية ، مما قد يؤدى إلى الكذب انتقاماً من بعضهم البعض ، أو تعويضاً عما يشعرون به من نقص وقصور .

٤) تجنب الأساليب الوالدية والمدرسية الخاطئة فى تنشئة الأبناء ، وفى معاملة التلاميذ ، كالنظام الصارم والتشدد والتوبيخ والعقاب القاسى وغيرها مما يُحتمل معه لجوء الطفل للخداع والتضليل لاتقاء غضب الوالدين والمعلمين وذوى السلطة عموماً والإفلات من عقابهم .

٥) تبصير الطفل بنتائج أقواله وأفعاله الصحيحة والخاطئة وتعليمه وتشجيعه على تحمل مسئولياتها .

٦) إشباع حاجة الطفل وتعطشه إلى التقدير والحصول على رضا الآخرين كلما أبدى سلوكاً يستحق الثناء ، حتى لا تنزع نفسه إلى إشباع ذلك عن طريق الخيالات ، وتوهم البطولات الزائفة غير الحقيقية .

٧) تبصير الأطفال بأن " قول الحق فضيلة " ، وأن الاعتراف بالخطأ واجب ، وأن قيمة الإنسان في ذاته وحقيقته وليس فيما يدّعيه .

٨- قد يلزم الأمر تدريباً علاجياً للوالدين أو إرشاداً أسرياً لتعديل خصائص المناخ الأسرى والتفاعلات الأسرية المسهمة في لجوء الطفل للكذب .

السرقة Stealing

من الأفعال الرذيلة والشاذة المتصلة بالسلوك الاجتماعي لدى بعض الأطفال والكبار ما يسمى بالسرقة . وهي تعني بإيجاز الاستحواذ على شيء ما أو أكثر بغير حق سواء بصورة إرادية أو لا إرادية .

وللسرقة صور عديدة منها استلاب ما يمتلكه الآخرون كالنقود أو الأجهزة أو الملابس مثلاً بالتحايل أو بالعدوان المباشر ، ومنها الحصول على امتياز دون وجه حق كالنجاح في الامتحان بطريق الغش ، أو الثراء المادي بطرق غير مشروعة كالنصب أو التحايل على الناس والقانون ، أو بخداع الناس وغشهم في مواد البناء أو بالتطفيف في الكيل أو الميزان مثلاً .

وتختلف السرقة من حيث دوافعها ودلالاتها ، إلا أنها في جميع الأحوال تعبر عن حاجة أو عدة حاجات نفسية لدى السارق . ومن المعروف أن الطفل ينشأ في سنواته الأولى أنانياً متمركزاً حول ذاته ، يشعر بالملكية المطلقة لكل ما هو حوله فلا يميز بين ما يخصه وما لا يخصه . ومع اضطراد نموه العقلي والاجتماعي وزيادة احتكاكه بالآخرين ، ونتيجة لعملية التطبيع الاجتماعي يأخذ الطفل تدريجياً في تعلم مفهوم الملكية الخاصة فيدرك أن له أشياء وحاجيات خاصة به وأن للآخرين أشياء أخرى تخصهم . كما يتعلم مفهوم الأمانة واحترام ما يخص الآخرين ، ويتعلم أيضاً التعاون وتبادل المنافع بينه وإخوته ، وبينه وأقرانه من الأطفال .

وتلعب العوامل البيئية - خاصة الأسرية منها - دوراً عظيم الأثر في هذا الصدد ، فالأسرة قد تهيىء للطفل - خلال عملية التنشئة الاجتماعية - الخبرات والمواقف المشبعة لحاجته إلى الملكية ، والتي يفهم من خلالها ويميز بين ما هو ملك له ، وما هو ملك لغيره (للآخرين) ، وما هو ملكية عامة أي ما يخص الناس جميعاً ، كالحدائق والمتنزهات

والمركبات العامة . كما يدرك الطفل - مع هذه الخبرات والمواقف - معنى الأخذ والعطاء ، والأمانة ، واحترام الغير ، ويعكس ذلك كله فى تصرفاته وسلوكه ، بيد أنه قد يلاحظ العكس فى أحيان أخرى من بينها :

أ - عدم إقامة الأسرة حدوداً معينة لملكية الأشياء فى نفس طفلها حيث يتربى على أن كل شىء مشاع للجميع ، ، فالملابس وأدوات اللعب والدراسة كلها مشتركة بين الأطفال ومشاعة بين الأفراد داخل الأسرة دون تمييز لما يخص هذا وما يخص ذاك ، وقد يُظن أن هذا الأسلوب ضرورى لتعلم سلوكيات التعاون والإيثار بين الإخوة - وهو صحيح جزئياً - لكن يعوزه " بناء" مفهوم الملكية الخاصة لدى الأطفال بحيث يصبح لكل منهم أشياء وحاجيات معينه ، مع تنمية مشاعر التعاون من خلال تبادل هذه الحاجيات الخاصة عن رضا وحب فيما بينهم فى الوقت ذاته .

ب- المبالغة فى تدليل الطفل والاستجابة لجميع مطالبه ورغباته ، فينشأ وقد تعود على الأخذ دون عطاء ، غير قادر على مقاومة إلحاح ما تنزع إليه نفسه .

جـ- إشعار الطفل خلال تنشئته بالحرمان الشديد بحيث تترسب فى نفسه مشاعر الدونية والنقص ، والافتقاد لما هو لدى أقرانه من لعب وأدوات وفرص ترويح .

وقد يلاحظ أنه فى جميع هذه الأحوال - شيوع الملكية ، والتدليل الزائد ، والحرمان الشديد - ازدياد احتمال لجوء الطفل إلى السرقة لعدم مقدرته على مقاومة إلحاح حاجاته ورغباته إذا ما واجهته ظروف تحول دون إشباعها كما يرغب وتعود ، أو تعويضاً عن حرمانه ، أو لتميع الحدود فى ذهن الطفل بين ما يخصه وما يخص الآخرين .

دوافع السرقة وأسبابها :

١) التعويض عن الحرمان الشديد من إشباع حاجات أساسية كالطعام والملبس نتيجة ظروف مادية اقتصادية كالفقر ، أو افتقاد العائل الوحيد مثلاً ، أو نتيجة لمرض ما كالسكر خاصة مع تشدد الأسرة فى تناول الطفل للطعام وفقاً لمعدلات خاصة .

٢) التعويض عن الشعور بالفشل والإحباط أو بالنقص ، فقد يلجأ مراهق فشل فى دراسته إلى السرقة وتبديد حصيلتها فى تحقيق متعة خاصة كالتدخين أو الإنفاق على أفراد

شُلته أو زملائه فى المدرسة فى محاولة منه لإثبات وجوده وتحقيق ذاته ، والحصول على تقديرهم وتدعيم مكانته بينهم .

٣) الشعور الشديد بالعداء والكراهية لفرد ما مثلاً والنزوع إلى الانتقام منه أو عقابه عن طريق الاستحواذ على ممتلكاته .

٤) التعويض عن العطف والحب المفتقد من الوالدين أو أحدهما ، أو كما فى بعض حالات الحب من طرف واحد كأن يسرق المراهق مثلاً منديلاً أو صورة تخص فتاه يشعر بحبها لكنها لا تعيره أى اهتمام ويطلق على هذه الحالة الفتيشية Fetichism ، وربما تتحول السرقة بعد ذلك من شخص الوالد إلى كل من يمثل السلطة الوالدية - كالمعلمين مثلاً - ومن شخص الفتاة إلى سائر الفتيات أو النساء .

٥) معايشة الطفل لرفاق السوء الذين يستحلون لأنفسهم ممتلكات الآخرين ويعتدون عليها .

٦) الغيرة من أطفال آخرين يتمتعون بأشياء لا يحظى الطفل بملكيتها فتنزع نفسه إلى حرمانهم منها والاستحواذ عليها بغير حق .

٧) الاضطراب النفسى عندما تكون السرقة جزءاً من سلوك حالة مرضية معقدة تستلزم الفحص والتحليل العميق لدوافعها ، وقد يكون الدافع هو هوس السرقة Kleptomania حيث تتملك الفرد نوبة توتر شديدة قبل فعل السرقة ولا تزول إلا بعد اقتراف هذا الفعل .

٨) الشعور بالخوف والتهديد كما فى حالات الأطفال والمراهقين الذين يتورطون فى السرقة نتيجة لابتزاز أشخاص آخرين من ذوى السلوك الإجرامى أو الاستسلام لغواياتهم واغراءاتهم وتهديداتهم .

علاج مشكلة السرقة :

من أهم المبادىء الوقائية والعلاجية الواجب مراعاتها بالنسبة للتغلب على هذه المشكلة ما يلى :

١- تلبية حاجات الطفل إلى الملكية الخاصة ، وتبصيره بحقوق الآخرين واحترامها وتدريبه على تبادل المنافع (العطاء والأخذ) .

٢- تعميق القيم الدينية وتنمية الوازع الدينى لدى الأطفال ، والتأكيد على أهمية قيمة الأمانة ، وتعزيز السلوكيات الدالة عليها فى المواقف المختلفة .

٣- الوسطية فى إشباع حاجات الطفل بحيث لا يشعر بالحرمان ولا بالإفراط فى تدليله وتحقيق كل ما يرغب فيه .

٤- التجمل بالأناة وعدم اللجوء إلى العقاب الشديد والقسوة على الطفل عندما يقدم على أخذ ما ليس له ، ومحاولة تقصى الأسباب والعمل على إزالتها ، والاعتماد على التفهيم والإقناع لتعديل السلوك بدلاً من الإكراه والإيذاء الشديد .

٥- المراقبة المعقولة لسلوك الأطفال والمراهقين ، وملاحظة ما قد يطرأ عليه من تغيرات غير مرغوبة تستثير الشك وتسترعى الانتباه ، مما يلزم متابعتها والوقوف على دوافعها وأسبابها والعمل على علاجها .

المسلك العدوانى والجانح

Aggressive and Delinquent Conduct

يتسم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات المسلك بنمط متكرر ومستمر من السلوكيات العدوانية التى تجاوز مجرد سلوكيات العبث أو السخرية أو الإزعاج أو المضايقة التى تصدر عادة عن بعض الأطفال أو المراهقين ، وتجاوز بكثير ما هو مناسب لأعمارهم الزمنية إلى التمرد والعصيان وعدم الطاعة ، والمشاركة والتعاون ، والشجار المستمر Quarreling ، ومضايقة الآخرين ، والخروج على الأعراف والتقاليد الاجتماعية ، وتعبر هذه التصرفات عن تخلف نموهم وسلوكهم الاجتماعى ، ومن ثم سوء توافقهم الاجتماعى .

وقد تصل هذه السلوكيات الاجتماعية إلى ما هو أبعد من ذلك لتشكل نمطا مميزا من السلوك يطلق عليه المسلك الجانح Delinquent ويتمثل فى عصيان القانون المنظم للعلاقات بين الناس واختراقه ، وذلك بالعدوان العنيف والقسوة الشديدة على الآخرين ، وارتكاب أفعال هدامة تخريبية تضر بأمنهم وتروعهم وتؤذى حياتهم وممتلكاتهم ، كالتدمير وإشعال الحرائق ، والسرقة والنصب والاحتيال والتزييف ، والاغتصاب وهتك

الأعـراض ، والتـحـرش بالآخرين ومناوأة السلطات الأمنيـة والشـغب ، والسلب وأعـمـال البلطجة Bullying .

وعادة ما يصاحب هذه المظاهر السلوكية شعور الحدَث بعدم الرضا والنقمة والغيظ ، وروح المرارة والحنق تجاه الأسرة والمجتمع ، وبالحقد على الآخرين وكراهيتهم ، وبالغيرة منهم .كما يكون مفهومه عن ذاته سلبياً ومشوهاً فيبدو غير متقبل لذاته ويشعر بالتعاسه والشقـاء وسوء المصير ، وربما وصل به الأمر إلى حد اللامبالاة وعدم الاكتراث بعواقب سلوكه الجانح وأعماله العدوانية التخريبية ، كما يبدو الحدث فاقداً لبصيرته غير مهتم بمستقبله ، غير مسيطر على تصرفاته سهل الاستثارة والتهييج .

والعدوان سلوك متعلم يكتسب عن طريق المحاكاة فى مواقف التعلم الاجتماعى والتنشئة فى محيط الأسرة والمجتمع ، وغالبا ما يميل الذكور إلى العدوان البدنى باستخدام الضرب بالأيدى والأرجل ، بينما تنزع الإناث أكثر منهم إلى العدوان اللفظى ، ويظهر ذلك من خلال اللعب والاستجابة فى المواقف الاجتماعية المختلفة ومع جماعة الأقران . وتتطور السلوكيات العدوانية لدى الطفل عموما من مجرد مشاعر الامتعاض والغضب والبكاء فى سن مبكرة ، إلى ركل اللعب والأدوات وقذفها بعيدا والصياح فى سن السنتين ، إلى استخدام اللغة اللفظية فى سب الآخرين والسخرية منهم فى سن الثالثة والرابعة ، ثم تتطور إلى أشكال أخرى مع زيادة نمو الطفل واتساع دائرة تعاملاته ، واضطراد تعلمه الاجتماعى ، ويتوقف ذلك إلى حد بعيد على البيئة الأسرية والاجتماعية للطفل ومدى تفهمها لاحتياجاته وإشباعها أو إحباطها ، وكذلك مدى خلوها من عوامل القلق والتهديد والإيذاء ، فكلما كانت البيئة عطوفة ومشبعة ، ومتقبلة ومسالمة ، طوّر الطفل سلوكيات المسالمة والمشاركة والتعاون وغالبا ما يكون العكس صحيحا .

أشكال العدوان :

يتخذ العدوان أشكالا متعددة ، فمن حيث الأسلوب قد يكون العدوان لفظيا أو بالإشارة أو بدنيا . ومن حيث الهدف فإن العدوان قد يتجه مباشرة نحو الهدف ، أو يكون غير مباشر عن طريق كبش فداء ومن خلال عملية تحويل الطاقة الغضبية والعدوانية إلى شئ بديل (شخص أو شئ مادى) وربما يرتد العدوان نحو الذات ليستهدف إيذاء النفس

Self Mutilation ، كالاضراب عن الطعام ، ولطم الوجه أو ضرب الرأس بالحائط ، أو تمزيق الملابس أو الكتب الخاصة ، وغيرها . أما من حيث الدافعية فقد يكون العدوان مدفوعا شعوريا يعى الفرد بأسبابه وأهدافه ، وقد يتم نتيجة لدوافع غامضة لا شعورية وهائمة كما فى بعض حالات السيكوباتية ، والمازوخية Masochism (التلذذ بتعذيب الذات) والسادية Sadism (التلذذ بإيقاع الضرر والأذى بالآخرين) .

نشأة السلوك العدوانى والجانح وتطوره :

من المعروف أن الطفل يكتسب سلوكه ويتشرب معاييره الاجتماعية خلال تنشئته الاجتماعية فى الأسرة أولاً ، ثم من المحيطين به فى بيئته ومدرسته كلما اتسعت دائرة اتصالاته الاجتماعية واحتكاكه بالآخرين ، ومع اضطراد نموه الجسمى والعقلى والانفعالى والاجتماعى .

ويحسن بنا الرجوع إلى السنوات المبكرة الأولى من عمر الطفل لمتابعة الجذور الأولى لهذه الظاهرة التى ربما تمتد إلى مراحل الطفولة المتأخرة والمراهقة ، أو قبل أن تتأصل وتصبح طابعاً مميزاً للسلوك فيما بعد .

ففى هذه السنوات الأولى يُبدى الطفل نزوعاً قوياً تلقائياً إلى استطلاع محتويات بيئته مدفوعاً بحب الاستطلاع والمعالجة ، فيستخدم أعضاء جسمه وحواسه المختلفة فى اكتشاف مكونات البيئة من حوله وفى جس المثيرات والأشياء فيجذبها ويطرق عليها ، ويقلب فيها ، وينقب فى محتوياتها ، ويشمها ويتحسسها ، لا سيما إذا ما اتسمت بالجدة بالنسبة له أى كلما انخفضت درجة معرفته وألفته بها .

ولهذه العملية وظائف فى غاية الأهمية بالنسبة للطفل منها مساعدته فى التعرف على كنه الأشياء والمثيرات والتمييز بينها ، وإشباع حاجته للنمو العقلى ، ويؤكد ذلك أن الطفل كثيراً ما يثير عديداً من الأسئلة التى قد ندهش لها عن ماهية الأشياء ومصادرها وعلاقاتها ووظائفها . حتى أنه ربما تطرق إلى أكثر المسائل تعقيداً كأصل الكون مثلاً ، بل وأصله هو من أين أتى ؟ وكيف ؟ ولماذا ؟ . كما أنه عن طريق هذه العملية الاستطلاعية يحاول اكتشاف علاقة أعضاء جسمه بالنسبة للبيئة التى يحيا فيها ، ويستمتع باللذة الحاسية الناجمة عن الآثار التى تتركها حركاته وأفعاله بهذه المثيرات أو

تلك الأشياء . ومن ثم يجب على المحيطين بالطفل أن يتفهموا سلوكه وفقاً لتلك الأغراض عندما يمارس نشاطه فيتلف أو يحطم بعض الأشياء عن غير قصد منه ، فقد يتحسس آنية ثمينة ينبهر بلونها وبريقها ويشعر باللذة عندما يتلمسها فتنكسر دون إرادته ، وقد يشخبط بالألوان أو الطباشير على سطوح الجدران أو الأثاث أو حتى على جسمه مولعاً باكتشاف الآثار الناجمة عن حركة يده على هذا السطح أو ذاك ، لكنه ربما شوّه الحائط أو لطخ يديه وملابسه . وقد يُقلب فى جهاز راديو أو تسجيل أو ساعة ليعرف من أين ينبعث ذلك الصوت أو تلك الدقات المنتظمة المحيرة له فيتلف هذا الجهاز أو ذاك دون تعمد ، وربما طرق بملعقة على طبق صينى مستمتعاً بآلية يده وبالإيقاع الصوتى الناتج فينكسر هذا الطبق . وهو فى كل ذلك ليس مدفوعاً بنزعة عدوانية تحطيمية تخريبية وإنما هو مدفوع برغبة تلقائية فطرية للاستطلاع والاكتشاف والمعالجة . وقد ثبت أن هذا الدافع له أصوله البيولوجية ليس بالنسبة للإنسان فقط وإنما بالنسبة للحيوانات العليا أيضاً .

إلا أن الأمور قد تتطور وتتخذ شكلاً آخر بعد ذلك خاصة مع التدليل الزائد للطفل ، وترك الحبل ممدوداً له على الغارب يعبث بما يشاء دون ضوابط أو حدود ، فيؤدى بالطفل إلى سلوكيات دافعها التخريب والتدمير المتعمد أو إذا لم يتفهم المحيطون بالطفل فى بيئته الأسرية سلوكياته الاستطلاعية الأولى حق الفهم ، فيواجهونها بالإحباط والتقييد والتهديد والعقاب ويحرمونه منها ، ولا يهيئون له منافذ بديلة مقبولة لتفريغ طاقته الحيوية فى نشاطات إيجابية وبناءة ، فيزداد توتره وقلقه . ومن ازدياد التدليل أو التقييد والحرمان تأخذ النزعة إلى التخريب والتحطيم فى الظهور عناداً من الطفل للكبار أو انتقاماً منهم ، أو لإثبات الوجود والتعويض عن شعوره بالنقص . وهكذا يأخذ سلوكه فى الاصطباغ بالعدوانية ، ثم تأخذ دائرة السلوك العدوانى لديه فى الاتساع شيئاً فشيئاً لا سيما كلما ازداد شعوره باضطهاد الآخرين ، وبالتهديد والإحباط والتوتر ، ويزداد الطين بلة إذا عايش فى بيئته نماذج عدوانية من الأشخاص الحقيقيين ، أو الخياليين الذين يشاهدهم فى الأفلام والمسلسلات وحلقات الكارتون ويصورون كما لو كانوا أبطالاً . ويبدأ فى تحويل مشاعره الغضبية والعدائية من الوالدين ليعممها على ذوى السلطة ، ويفرغها على الأشياء التى تقع فى طريقه فيدمرها ويحطمها ، أو يوجه غضبه نحو الأقران والآخرين فيعتدى عليهم بالسب والضرب ويستلب ممتلكاتهم .

أسباب المسلك العدوانى والجانح :

١) أسباب جسمية :

شعور الطفل ببعض أوجه القصور العضوى كالإعاقات الجسمية والطرفية والعقلية والإصابة بالأمراض وتأخر النضج ، وما يؤدى إليه كل ذلك من مشاعر الغيرة والنقص والرغبة فى التعويض الزائد وبصورة شاذة .

٢) أسباب نفسية :

الشعور بالحرمان المادى والعاطفى والتعويض عنه بالعدوان لتأكيد الذات ، والشعور بالذنب والإثم وتحويله إلى الخارج ، والشعور بالفشل والإحباط ، والشعور بالتهديد وعدم الأمن وبالتوتر والقلق ، والأزمات والصراعات النفسية ، تأخر النضج النفسى ، والانحرافات السلوكية كإدمان المخدرات ، الاندفاعية وعدم ضبط النفس والأنانية ، عدم التبصر والاستهتار ، والغواية والاستهواء ، ضعف الضمير الخلقى ، وعدم تقدير المسئولية ، الرغبة فى جذب الانتباه ، والرغبة فى الانتقام والتخلص من ضغوط الكبار وسيطرتهم وسلطاتهم المعوقة لتحقيق رغبات الطفل أو المراهق .

٣) أسباب بيئية منزلية ومدرسية واقتصادية :

أساليب التنشئة الوالدية والمعاملة المدرسية الخاطئة كالتدليل والنبذ والإهمال والقسوة والعقاب البدنى والمعنوى المستمر ، وغياب الرقابة الأسرية والمدرسية ، واضطراب الجو الأسرى وتفكك العلاقات الأسرية نتيجة انفصال الوالدين أو الشجار المستمر والتسيب وإهمال الطفل - تدهور الحالة الاقتصادية والفقر وما يترتب على ذلك من حرمان وعوز وعدم رضا وسعى مريض للثراء على حساب الناس ، أو لتحقيق الذات بتدمير الآخرين ، أقران السوء وضغوط وقت الفراغ ومشكلاته ، ضغوط الدراسة وعدم كفاية النشاطات المدرسية التنفيسية والإعلائية وعدم تنوعها وملاءمتها لاهتمامات التلاميذ وميولهم ، تجاهل الأسرة والمدرسة لعدوان الأطفال والمراهقين ، والتساهل إزاء تصرفاتهم الاندفاعية والهوجائية .

وقد تبين من نتائج بعض البحوث (نعمات عبد الخالق ، ١٩٩٦) أن غياب الأب عن أسرته عامل هام فى استجابة المراهق لضغوط الأقران بإتيان السلوك المضاد للمجتمع ، وأن المراهقين غائبى الأب بسبب الطلاق أكثر استجابة لتلك الضغوط من أقرانهم غائبى

الأب سواء بسبب السفر أم الموت ، وأن تحكم الأم وتدخلها فى اتخاذ قرارات المراهق يزيد من رضوخه لهذه الضغوط ، بينما استشارتها القائمة على النصح والإرشاد يقلل من استجابته لها .

• أنماط اضطراب المسلك العدوانى والجانح :

أ - اضطراب مسلكى مقتصر على الأسرة :

يتمثل هذا الاضطراب فى السلوك العدوانى من قبل الطفل والمراهق بحيث يقتصر على نطاق أفراد الأسرة أو العائلة التى ينتمى إليها ويعيش فى نطاقها ، وتكون علاقاته الاجتماعية بمن هم خارجها طيبة وطبيعية . وترجع أسباب هذا النمط من السلوك إلى اضطراب العلاقات والتفاعلات الاجتماعية للطفل بأفراد أسرته ككل أو بأحد أفرادها : كالأب أو الأم أو الأخ ، أو زوجة الأب أو زوج الأم مثلاً ، وربما لطبيعة أساليب التنشئة الاجتماعية المتبعة فى الأسرة كالميول العقابية والصرامة والتشدد لدى الوالدين أو أحدهما ، أو التفرقة فى معاملة الأبناء ، أو التساهل الشديد مما يؤدى إلى العصيان وعدم الطاعة من قبل الطفل .

٢- اضطراب مسلكى سيء التطبيع اجتماعياً : Unsocialized Conduct

يتميز سلوك الطفل أو المراهق من هذا النمط بالعدوانية واللااجتماعية التى تعم علاقاته داخل الأسرة وخارجها ، حيث يتسم بالعصيان والتمرد وعدم الإذعان والطاعة ، وبالقسوة والرفض ، والشجار المستمر والعدوان العنيف التدميرى ومن وجوهه إشعال الحرائق والتخريب ، ومقاومة السلطات وتحديها . كما يتسم الطفل والمراهق من هذا النمط بالمزاج العصبى ، والنوبات الغضبية ، والمعاناة من مشاعر الذنب والإثم .

ويأتى معظم هؤلاء الأطفال من بيوت متصدعة ومتدنية الأوضاع الاقتصادية الاجتماعية عانى فيها الطفل خبرات الحرمان العاطفى والمادى ، وغياب الرعاية الصحية والتعليمية ، والتجاهل وعدم الاهتمام والنبذ مما أدى إلى نمو مشاعر النقمة وعدم الانتماء وضعف الضمير الخلقى .

٣- اضطراب مسلكى متطبع اجتماعياً : Socialized Conduct

وتنسحب علي هذا النمط معظم خصائص النمط السابق لكن يميزه أن أصحابه يتسمون بالتوافق والاندماج والصداقات المعمرة مع الأقران وجماعة الرفاق ممن ينخرطون معاً فى النشاطات المنحرفة والتخريبية ، ويشتركون فى الميول الهدامة والنزوع إلى إلحاق الأذى بالآخرين واضطهادهم . وغالباً ما يمارس الطفل سلوكه الأخرق فى إطار تلك المجموعة كما فى حالات الهروب الجماعى من المدرسة ، أو التشكيل العصابى لأغراض السرقة والنهب .

وعادة ما تكون الاضطرابات العاطفية ضئيلة فى هذا النمط حيث يرجع أن يكون الطفل أو المراهق قد لقى بعض الاهتمام من والديه فى الطفولة المبكرة ثم شعر بالرفض وعدم الأمن والطمأنينة لسبب ما بعد ذلك .

٤- مسلك التحدى والجرأة فى المعارضة : Oppositional Defiant Disorder

ويظهر عادة بين الأطفال الصغار ، ويتميز هذا الاضطراب بالرفض والعناد والتحدى السافر وعدم التعاون ، والاستفزاز الشديد والتهجم المفرط خلال تفاعلاتهم مع الأقران والراشدين والكبار ، مع غياب الأنماط السلوكية العدوانية الخارجة على الأعراف الاجتماعية أو الخارقة للقانون ولحقوق الآخرين : كالقسوة والاعتداء ، والسرقة وتدمير الممتلكات .

الوقاية من المسلك العدوانى والجانح :

لسد المنابع الأساسية للظاهرة يلزم اتخاذ بعض الإجراءات الوقائية النفسية والاجتماعية والتربوية ، ومن بينها ما يلى :

١) رفع مستوى المعيشة وتوفير الحد الأدنى من الحقوق الأساسية للإنسان من حيث الإسكان والتعليم وفرص التشغيل والعمل ، والرعاية الاجتماعية والصحية ، مع إعطاء أهمية خاصة للأحياء العشوائية والمزدحمة والفقيرة .

٢) الجدية فى تعميم الخدمات النفسية الإرشادية والتوجيهية والعلاجية للأسر والأطفال والمراهقين والشباب ، بالأحياء السكنية والمؤسسات التعليمية والخدمية والإنتاجية والترويحية .

٣) التوسع فى إنشاء مراكز رعاية الشباب والنوادى وقصور الثقافة والمكتبات العامة ، وإتاحة فرص تشغيل المراهقين والشباب بمراحل التعليم خلال العطلات الصيفية لمساعدتهم على حسن استغلال أوقات فراغهم ، واستثمار طاقاتهم ، بما يعود عليهم وعلى مجتمعهم بالنفع والفائدة .

علاج جناح الأحداث :

من أهم التوصيات التى أوردها حامد زهران (١٩٩٧) بشأن علاج هذه المشكلة ما يلى :

١) العلاج النفسى الفردى والجماعى : لتعديل السلوك العدوانى بسلوكيات بناءة ، وتعديل مفهوم الذات والسمات المرتبطة بالجناح ، والعمل على إزالة أسباب الإحباط ومصادر الضغط والقلق والتوتر الانفعالى ، وحل الصراعات النفسية ، واستخدام العلاج بالعمل والعلاج الدينى ، وإنشاء العيادات النفسية المتخصصة لعلاج جناح الأحداث .

٢) الإرشاد العلاجى والتربوى والمهنى : لمساعدة الجانح على رسم فلسفة جديدة لحياته ، ومساعدته على إشباع حاجاته النفسية المحبطة ، وعلى استثمار طاقاته واستعداداته فى دراسة ملائمة أو مهنة مناسبة . وإرشاد الوالدين للأساليب الصحيحة والسوية فى تنشئة الأبناء والعمل على تجنيبهم مواقف الإحباط والصراع ، وتبصيرهم بالآثار السيئة للأساليب الخاطئة ، وحثهم على تفهم مطالب وحاجات الأبناء وتحذيرهم من استخدام القسوة والعقاب العنيف مع الجانحين .

٣) العلاج البيئى : عن طريق التعديلات البيئية اللازمة داخل الأسرة والمدرسة والمجتمع لخلق جو نفسى يتسم بالفهم والمساندة والتوجيه نحو سلوك فعال مقبول ، وللمساعدة على شغل أوقات الفراغ فى نشاطات بناءة ، وتوفير الخدمات النفسية والاجتماعية للأحداث الجانحين فى الأسرة والمدرسة ، والإيداع فى المؤسسات للتأهيل النفسى والتربوى والمهنى . (حامد زهران ١٩٩٧ : ٤٣٨) .

رابعاً : اضطرابات نمائية وانفعالية كلامية ولغوية

تتضمن هذه الفئة اضطرابات متعددة بعضها نمائى كاضطراب نطق الكلام واضطراب اللغة التعبيرية واضطراب الاستقبال اللغوى والتلعثم ، وبعضها يتصل بالأداء الاجتماعى كالصمت الاختيارى ، وبعضها الآخر يتصل بالجانب الانفعالى ويتخذ مظهرا كلامياً لغوياً كاللجلجة والقلقلة .

اضطرابات نمائية فى الوظائف الكلامية واللغوية

Specific Development Disorders of Speech and Language

١- اضطراب نطق الكلام المحدد Specific Speech Articulation Desorders :

ويتمثل فى تأخر اكتساب الطفل لأصوات الكلام بالمعدل الذى يتناسب مع عمره الزمنى والعقلى ، مما يؤدى إلى سوء نطقه أو عيوب وتشوهات فى أصوات الكلام ، وعدم الانسجام فى تزامل الأصوات . ومن ثم صعوبة فهم كلامه من قبل الآخرين .

ويستخدم هذا التشخيص فقط حيث تتجاوز شدة اضطراب النطق حدود الاختلافات الطبيعية لعمر الطفل العقلى ، ويكون ذكاؤه اللفظى ومهارات اللغة التعبيرية والاستقبالية فى النطاق الطبيعى ، كما تكون اختلالات النطق غير راجعة مباشرة لخلل حاسى أو خلقى أو عصبى . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٦٢٣ - ٦٢٤)

٢- اضطراب اللغة التعبيرية Expressive Language Disorders :

ويتمثل فى تأخر نمو اللغة اللفظية التعبيرية لدى الطفل منذ مرحلة طفولته المبكرة بشكل غير عادى لا يتناسب مع عمره الزمنى والعقلى ، ورغم اكتسابه لمعدل طبيعى من مهارات الاستقبال والفهم اللغوى ، والاستخدام السليم لبعض أشكال اللغة غير اللفظية - كتعبيرات الوجه وحركات اليدين - فى التعبير .

ومن مؤشرات هذا الاضطراب محدودية حصيلة الطفل من الكلمات ، والاعتماد على كلمات قليلة فى الكلام مع أخطاء تركيبية فى الجمل ، وصعوبة الانسياب أو السلاسة

اللغوية ، واختلال الأصوات المعبرة عن الكلمات ، وأخطاء في النطق تبدو في إغفال بدايات الكلمات أو نهاياتها .

وتلعب العوامل البيئية السيئة والفقر والحرمان الثقافي والوجداني ، وضآلة فرص التفاعل اللفظي مع الطفل دوراً كبيراً في نشأة هذا الاضطراب .

٣- اضطراب الاستقبال اللغوي Receptive Language :

ويشير هذا الاضطراب إلى تدني مستوى الفهم اللغوي لدى الطفل بشكل لا يتناسب وعمره العقلي والزمني ، مما يترتب عليه قصور شديد في لغته التعبيرية ، والعجز عن الفهم اللغوي للكلام المسموع ، واختلالات في إصدار الأصوات الكلامية ، إضافة إلى الآثار السلبية لذلك على النمو الاجتماعي والوجداني للطفل كما تتمثل في الحساسية والخجل والنزوع إلى العزلة . ومن المؤشرات التشخيصية التي يذكرها أحمد عكاشة (١٩٩٢:٦٢٥) لهذا الاضطراب :

- الفشل في الاستجابة للأسماء المألوفة في غياب تلميحات غير لفظية عند إتمام العام الأول .

- العجز عن التعرف على بعض الأشياء المألوفة عند بلوغ ثمانية عشر شهراً .

- الفشل في متابعة تعليمات بسيطة وروتينية عند بلوغ سن السنتين .

كما يشير إلى أن معدل انتشار هذا الاضطراب يتراوح بين ٣ و ١٠٪ من أطفال المدارس ، وأنه يعد أكثر أشكال الاضطرابات النمائية الكلامية واللغوية ارتباطا بالاضطرابات الأخرى الاجتماعية والعاطفية والسلوكية .

٤- اللثغة (التلعثم) Lisp :

وهو عبارة عن عدم تمكن الطفل من لفظ أو نطق بعض الحروف على نحو صحيح ، مما نلاحظه لدى بعض الأطفال من قلبهم لحرف معين إلى حرف آخر ؛ كقلب حرف الراء إلى "لام" أو "غين " ، وقلب حرف السين إلى " ثاء " أو "شين " أو "دال" ، وذلك بشكل متكرر ومستمر كأن يقول بعضهم " كليم" بدلاً من كريم ، و " بثكويت أو بشكويت" بدلاً من بسكويت ، وتلاحظ هذه الصعوبة بكثرة بين سن الخامسة والسابعة . وربما ترجع لعيوب

عضوية أو نفسية Neurotic Lisping . وعادة ما يمكن التغلب عليها بتنمية ثقة الطفل بنفسه ، وتشجيعه على النطق السليم للحروف وتعزيز ذلك ، وعن طريق التدريب المستمر بمعرفة إخصائى النطق والكلام . ويغلب أن يكون للطريقة غير المعتادة التى تتحدث بها الأم لطفلها أثناء تدليله ومداعبته ، ومجاراتها لطريقته الطفلية فى الكلام ، أو تقليد الطفل لها ، دور كبير فى نشأة اللثغة واستمرارها مالم يكن هناك سبب عضوى واضح ككبر حجم اللسان أو وجود شقوق فى سطحه .

هـ- الخنة (الخمخمة) Rhinolalia :

وتتمثل فى صعوبة إحداث جميع الأصوات الكلامية المتحرك منها والساكن (فيما عدا حرفى الميم والنون) وإخراجها بطريقة مشوهة غير مألوفة فتبدو الحروف المتحركة وكأن فيها غنة أما الحروف الساكنة فتأخذ أشكالاً متباينة من الشخير أو "الخنّ" أو الإبدال . ويرجع السبب فى ذلك إلى وجود فجوة Cleft فى سقف الحلق تكون شاملة للجزء الرخو والصلب من الحلق معا ، وقد تصل أحيانا إلى الشفاة خاصة الشفة العليا (مصطفى فهمى ، 1985 : ١٥١-١٥٢) .

ويمكن علاج هذا الاضطراب بإجراء جراحى مبكر لترقيع فجوة الحلق وانشقاق الشفة العليا ، والقيام بالتدريبات العلاجية اللازمة للنطق والكلام .

الصمت الاختيارى Elective Mutism

وهو أحد مظاهر اضطرابات الأداء الاجتماعى التى تبدأ أثناء الطفولة ، ويتميز الصمت أو الخَرَسْ الاختيارى بإحجام الطفل تماماً عن الكلام ، وعدم الاستجابة اللفظية لأى استثارة لفظية أو حوار فى بعض المواقف ، وذلك على الرغم من أنه يتمتع بمستوى عادى من حيث الكفاءة اللغوية استقبالاً وفهماً وتعبيراً ، واستخدامه الطبيعى لها وبطلاقة فى مواقف اجتماعية أخرى ، ومن حيث الحواس والذكاء والوعى ، كما لا توجد دلائل على خلل جهازه العصبى .

ويستمر هذا الخرس الاختيارى لفترة من الوقت قد تستمر لساعات أو أيام معدودة أو أسابيع قليلة وقد يمتد لشهور ، وتصاحبه بعض السمات الانفعالية المعينة كالقلق

والحساسية الاجتماعية وإيثار العزلة بعيداً عن الآخرين . وهو اضطراب نادر الحدوث ، ويقع فى سن تتراوح بين ثلاث وعشر سنوات ، كما يحدث بمعدل واحد تقريباً للأولاد والبنات . والصورة المعتادة فيه أن يتحدث الطفل بشكل طبيعى فى المنزل أو مع أصدقائه المقربين ، ويتوقف عن الكلام فى دار الحضانة أو المدرسة ، أو مع الأشخاص الغرباء ، إلا أنه فى بعض الحالات قد يحدث العكس .

ويشير زكريا الشربينى (١٩٩٤ :١٥٧-١٥٨) إلى أن هذا الاضطراب يعد مؤشراً على صراعات نفسية يعانيها الطفل ، وأنه قد ينتج عن إحساس الطفل المتزايد بالقلق الشديد إزاء عجزه المحتمل عن التعبير فى بعض الأماكن والمواقف التى تشتد فيها وطأة بعض الضغوط والخبرات النفسية المؤلمة كالحضانة أو المدرسة ، كما أن الخوف من الروضة أو المدرسة ، والتعرض لبعض الصدمات النفسية أو الأمراض ، والخلافات الزوجية والمشكلات الأسرية ، وشخصية الأم المسيطرة ، وفراق أحد الوالدين أو مرضه ، وعدم إشباع احتياجات الطفل ، وتغيير مكان السكن القريب من الأصدقاء المحببين تعد جميعاً من بين العوامل الكامنة وراء هذا الاضطراب .

اضطرابات انفعالية ذات مظهر كلامى ولغوى

تتخذ بعض الاضطرابات الانفعالية لدى الطفل مظهراً أو شكلاً كلامياً ولغوياً كاللجلجة ، مثلما تأخذ مظهراً إخراجياً كما هو الحال فى سلس البول والتبرز اللاإرادى . ونعرض فيما يلى لشكلين من الاضطرابات الانفعالية ذات المظهر الكلامى :

١- اللجلجة (عى اللسان) * Stuttering or Stammering :

* يستخدم معظم الباحثين المصطلحين Stuttering و Stammering بالتبادل للإشارة إلى معنى واحد وهو التردد والحبسة والاختلاط فى الكلام ، بينما يُقصر بعضهم المصطلح الأول على عملية تكرير وإعادة Reptition الأصوات أو المقاطع اللغوية أو الكلمات ، والمصطلح الثانى بمعنى عقْلة اللسان أو انسداد الكلام على توقفات الكلام والتردد فيه Hesitations . كما يستخدم مصطلح Stuttering بكثرة فى الولايات المتحدة الأمريكية ، بينما يشيع مصطلح Stammering أكثر فى بريطانيا .

يمكن تعريفها على أنها تفوّه أو تكلم مضطرب يتميز بالترددات أو الانسدادات ، والإعـادة والتكرير ، والإطالة بشكل لا إرادى فى الأصـوات أو الكلمـات أو المقـاطع اللغوية ، مصحوباً بتقلصات وتوترات عضلية ، ومجاهدة لإطلاق سراح اللسان ، مما يقطع انسياب الكلام وطلاقته ، ويخل بتنظيم إيقاعه .

ومن أهم المؤشرات التى تذكرها سهير محمد أمين (١٩٩٥ :٣٨-٤٣) على وجود اللجلجة ما يلى :

١- إعادة الحرف أو تكريره Repetition : (د . د . د . ...دلوقت) أو المقطع اللفظى (قا . قا . قا.... قائلة) أو الكلمة (لكن . لكن . لكن . لكن ... لكن لو) وذلك بشكل تشنجى لا إرادى .

٢- الإطالة الصـوتيـة الزائدة Prolongation of Sounds : لا سيـمـا بالنسبة للحروف السـاكنة ، ويشير البعض إلى أن الإطالة الصـوتيـة تكون فى مراحل متـقـدمـة من اللجلجة ، على العكس من التكرير والإعادة التى تكون فى مراحلها المبكرة .

٣- التوقفات (الإعاقات) الكلامية Blockages : وتبدو فى عجز الطفل عن إصدار أى صوت على الإطلاق رغم مكابدته ومجاهدته ، ويلاحظ ذلك فى بداية نطق الحرف أو المقطع اللفظى أو الكلمـة ، وفى الكلمـات المشـدّدة خـاصـة ، مما ينجم عنه تقطعـات كلامية Speech Interruptions .

ومن المظاهر الثانوية المصاحبة للجلجة ما يلى :

- اضطراب النشـاط الحـركى للمـتلـجلج : ويبدو ذلك فى سلوك حركى غير مـلائم ولا متطابق ، وعـادة مـا يرتبط ذلك بلحظات صـعـوبة لفظ بدايات الأصوات والكلمـات ، ومنه تقلصات عضلات الوجه ، وارتعاش الرموش والشفتين ، ورفع الأكتاف وتحريك الذراعين ، واحمرار الوجه .

- اضطراب عملية التنفس : ويبدو فى صعوبة التنفس نتيجة الاستنشاق المفاجىء للهواء ، والطرد العنيف للأنفاس مع استخدام كمية قليلة من هواء الزفير فى الكلام .

- إحجام الطفل ومحاولة تجنبه لما يثير لجلجته أو خجله ، أو ما يترتب عليها من نتائج ،

والإسهاب فى استخدام بعض المترادفات بغرض تجنب بعض حروف أو كلمات معينة يتوقع اللجلجة فيها ، وتحاشى النظر فى عين المستمع ، ويقال أنه عندما يصل هذا التحاشى إلى ٥٠٪ أو أكثر من وقت المحادثة فإن الطفل يكون على وعى كامل بمشكلته الكلامية .

ويظهر اضطراب اللجلجة عادة فى سن الثالثة أو الرابعة ، أو خلال الفئة العمرية من ثلاث إلى عشرة سنوات ، بمعنى أنه قد يحدث أثناء عملية اكتساب الطفل للغة ، أو مع بدء دخوله المدرسة ، أو أثناء مخالطته لزملائه ومنافستهم . وغالباً ما يكون الطفل عادياً قبلها تماماً ويتحدث بشكل عادى ثم يظهر عليه الاضطراب فجأة وربما تدريجياً . كما أنه أكثر شيوعاً بين الأولاد والتوائم عنه بين البنات ، وتبلغ نسبة حدوثه لدى الذكور مقارنة بالإناث ٣ : ١ .

وقد يلاحظ أن اضطراب اللجلجة يعترى الطفل فى وقت معين أو موقف محدد كأن يحدث بعد يوم عطلة وفى مواجهة المعلمة مثلاً ، أو فى معظم المواقف وبشكل مستمر ، وربما لا يظهر الاضطراب على الطفل عندما يختلى بنفسه ويقرأ منفرداً بينما يعاوده فى حضور الآخرين أو مواجهتهم . وقد أوضح طلعت منصور (١٩٦٧) أن حدوث اللجلجة يرتبط بنوع معين من المواقف التى تصادف المتلجلج وهى - على الترتيب - المواقف التى يتزايد فيها : الوعى بالذات ، وتوقع اللجلجة ، ونقص الشعور بالاسترخاء ، والشعور بالتهديد من المستمع ، والسلطة ، والمواقف التى يقل فيها إعداد المتكلم ومعرفته بالكلام ، ويتزايد فيها مدلول مضمون الكلام بالنسبة له ، وشعوره بالتهديد من الجماعة ، وتقل فيها معرفة المستمع بعلة المتلجلج ، وتعارف المتلجلج بمن يتكلم معهم .

أسباب اللجلجة :

أسباب تكوينية فسيولوجية عصبية :

أ - توحى بعض الحالات بوجود استعدادات وراثية ، نظراً لانتشار هذا الاضطراب بين الذكور أكثر من الإناث (جينات الجنس) وحالات التوائم المتماثلة ، والأقارب من الدرجة الأولى كالوالدين والإخوة .

ب- تلف أو عطب وظيفى فى مراكز الكلام بالمخ ، وضعف الغمد النخاعى (الميلينى) للمحاور العصبية الخاصة بمراكز الكلام ، مما يؤدى إلى إنتاج كلام يتميز باختلال

الإيقاع والتكرار والتقطع .

جـ- العجز فى السيطرة المخية بمعنى تنافس نصفى المخ أو نشاطهما معاً فى وقت واحد تقريباً أثناء الكلام مما يؤدى إلى اللجلجة . والمعلوم أن الكلام العادى يتطلب نشاطاً متزايداً من نصف معين من المخ أكثر من النصف الآخر ، وأن الجزء الخاص بالسيطرة على عملية الكلام فى المخ يرتبط بالجزء المسيطر على حركات اليد فى الكتابة ... ولذا نجد أن الطفل الأعسر - الذى يسيطر لديه النصف الأيمن - إذا ما أجبر على الكتابة بيده اليمنى التى لم يستخدمها من قبل - وهو ما يتضمن استثارة إجبارية للنصف الأيسر من المخ - فإنه يحدث تنافس بين النصفين للمخ ويؤدى إلى ظهور اللجلجة . وتتواتر كثير من نتائج البحوث التى تعتمد على رسم المخ الكهربائى للمصابين باللجلجة لتؤيد هذا السبب .

أسباب نفسية :

ينظر إلى العوامل النفسية على أنها الأكثر غلبة فى حدوث اللجلجة ، وتختلف وجهات النظر بشأن كيفية النشأة النفسية لهذا الاضطراب ، إذ يرى المحللون النفسيون أن اللجلجة عبارة عن عرض عصابى يخفى دوافع لا شعورية ورغبات عدوانية قوية مكبوتة يخجل فيها المتلجلج ، ويخشى أن يكشفها الكلام . وأن هذا الاضطراب ينم عن صراع بين ميول متعارضة تتمثل فى الرغبة فى الكلام والرغبة فى الامتناع عنه فى آن واحد . ويشير أوتو فينخل (١٩٦٩) إلى وجود ثلاث حفزات بدائية تسهم فى ظهور اضطراب اللجلجة وهى : الحفزات الذكرية فالتكلم يعنى الاقتدار الجنسى والعجز عنه يعنى الخصاء ، والحفزات الفمية حيث ينظر إلى الكلام كفعل عدوانى مرتبط بالفم وموجه نحو السامع شأنه فى ذلك شأن العض والقضم ، والحفزات الاستعراضية حيث ينظر إلى اللجلجة لا سيما تلك التى تحدث فى مواجهة جمهور أو جماعة على أنها نزعة استعراضية مكفوفة لا شعورياً .

بينما ذهب السلوكيون إلى أن اللجلجة سلوك مكتسب بالتعلم ، وأن انتشارها لدى بعض الأسر ليس مرجعه جينات وراثية بقدر ما هو راجع إلى تعلم الطفل لها عن طريق التقليد . كما ينظرون إلى اللجلجة كرد فعل لتجنب هذا الاضطراب الكلامى ، ويتسم رد

الفعل هذا بالتوقع ، والخوف ، والتوتر الشديد . حيث تحدث اللجلجة عندما نتوقعها ، فنخافها ، فنتوتر ونحاول تجنب الوقوع فيها ، فيتوقف الكلام كلياً أو جزئياً ويضطرب بالفعل . ويؤكد السلوكيون فى نشأة اللجلجة على عوامل معينة منها القلق الذى يبديه الوالدان إزاء تعثر المحاولات الأولى لطفلهما فى الكلام ، وانتقال القلق إلى الطفل ، وتكرار اقترانه بمواقف الكلام حتى يصبح الاضطراب الكلامى نمطاً مزمناً ، وكذلك على ما قد يجنيه الطفل ذاته من مكاسب وفوائد ثانوية من اضطرابه : كإعفائه من بعض المهام أو التكليفات المدرسية ، ومن ثم يركن إلى اعتياد الاضطراب .

أسباب بيئية اجتماعية :

ينقلنا التفسير السلوكى للجلجة إلى ما تسهم به العوامل البيئية الأسرية والاجتماعية فى نشأتها . ومن بينها الأساليب اللاسوية فى تنشئة الأبناء كالقسوة والعقاب والتوبيخ مما يقوّض إحساس الطفل بالأمن والطمأنينة والاعتبار الذاتى ، ويولّد لديه الشعور بالعجز والعداء . وقد أسفرت نتائج بعض البحوث عن أن الأطفال المتلجلجين أقل توافقاً اجتماعياً من الأطفال العاديين ، كما أنهم أكثر منهم قلقاً وعرضة لأساليب العقاب المختلفة والإهمال وإثارة الألم النفسى من قبل الوالدين (إيناس عبد الفتاح ، ١٩٨٨ ، بدرية أحمد ، ١٩٨٥) .

هذا بالإضافة إلى التوقعات العالية من قبل الوالدين لما يجب أن يكون عليه كلام الطفل وما يبديانه من قلق زائد مما يشعره بالذنب وعدم الثقة والنقص ، واستخدامهما لأساليب إما تتسم بالتشدد أو التدليل الزائدين فى تصحيح العيوب التعبيرية فى كلام الطفل . وكذلك ما يتعرض له الطفل خلال نموه من صدمات انفعالية مفاجئة ، وضغوط نفسية .

كما تتعين الإشارة أيضاً إلى العوامل المدرسية التى ربما تؤدى إلى نشوء اللجلجة لدى بعض الأطفال عند مطلع التحاقهم بالمدرسة ، أو إلى تثبيتها وإزمانها لدى البعض الآخر ، ومن بينها اضطراب المناخ المدرسى وضغوط البيئة المدرسية ، وعدم ملاءمة المناهج والمقررات ، والمعاملة القاسية من جانب المعلمين ، والخوف من المدرسة .. إلخ .

علاج اللجلجة :

يلاحظ أنه قد يتحسن بعض الأطفال المصابين باللجلجة من تلقاء أنفسهم ودون تدخل خارجى عند نضوجهم . إلا أن ذلك لا يجب أن يكون مدعاة للتقاعس عن بدء إجراءات العلاج الكلامى والنفسى بمختلف الطرق قبل إزمان الاضطراب . ومن بين هذه الإجراءات .

أ - التحقق من عدم وجود أسباب عضوية أو عصبية كالاختلال فى الأعصاب الوظيفية أو فى مراكز الكلام بالمخ .

ب- تحديد المشكلات والأسباب النفسية أو عوامل القلق والصراع النفسى المسهمة فى حدوث الاضطراب وإزالتها ، وتهيئة ظروف أسرية ومدرسية مساعدة وداعمة لاستقرار الطفل وشعوره بالأمن والطمأنينة ، وتحقيق الاتزان الانفعالى ، وتنمية ثقته بنفسه . وإرشاد الآباء والمعلمين للكيفية السليمة للتعامل مع مشكلات الطفل واضطرابه .

جـ- استخدام الأساليب العلاجية الكلامية والنفسية الملائمة ، ومن بينها ما يلى :

- طريقة الكلام الإيقاعى Rhythmic Speech : وتقوم على أساس استخدام التمرينات والحركات الإيقاعية للمساعدة فى تحويل انتباه الطفل المتلجلج عن كلامه المضطرب وتشجيعه على ترديد الأصوات والمقاطع والكلمات بشكل مشوق . ومنه استخدام بندول الإيقاع (المترونوم Metronome) فى مصاحبة ترديد الطفل لمقاطع محددة أو كلمات على مدى زمنى محدد ، ويطلق على ذلك التشريط المترونومى Metronome Conditioned . وقد تستخدم أساليب إيقاعية أخرى تعتمد على الحركة أو النقر باليد .

- طريقة الاسترخاء الكلامى Speech Relaxation : وتهدف إلى تخليص الطفل من اضطرابه عن طريق ربط الكلام بالشعور بالراحة ، حيث يطلب إلى الطفل تقليد ما يسمعه من المعالج وفقاً للنغمة التى يسمعها فى جو تسوده الأناة والتمهل والرتابة .

- طريقة تأخير التغذية السمعية الراجعة Delayed Auditory Feedback : وتقوم على أساس التكلم مع الاستماع لصدى الكلام بشكل مستمر وفورى . وقد تبين أن هذا التأخير باستخدام أجهزة إليكترونية يؤدى إلى اضطراب الإيقاع الطبيعى للكلام لدى العاديين ، بينما يؤدى إلى تحسن بعض الاضطرابات الكلامية اللغوية ومنها اللجلجة .

- طريقة العلاج باللعب Play Technique : وتقوم على أساس استخدام اللعب الحر باستخدام بعض الأدوات كالدمى والعرائس ، وبشكل فردى وجماعى من خلال الاندماج

فى نشاطات مشتركة مع أطفال آخرين . وتساعد هذه الطريقة على تحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية فى آن واحد .

- العلاج التظليلى Shadowing : وتقوم على أساس التحويل الإجبارى لإدراكات المتلجلج - أو رقابته الذاتية - لأصوات كلامه إلى مصدر صوتى آخر أثناء عملية الكلام ، أو صرف انتباهه عن صوته إلى صوت متحدث آخر فى ذات الوقت وهو المعالج

وتتم عملية التظليل بأن يقرأ المعالج نصاً مناسباً على الطفل بصوت مرتفع ، وبمعدل سرعة ملائم ، على أن يتتبعه الطفل ويحاكيه فيما يقرأ دون انقطاع ، وفى الوقت نفسه ولكن بفارق زمنى قصير جداً قد يصل إلى جزء من الثانية ، فيبدو صوته حينئذ كما لو كان ظلاً لصوت المعالج . وقد يكلف الطفل بمهام أو واجبات منزلية تستخدم فيها الطريقة نفسها ولكن معتمداً على استخدام شرائط كاسيت ويؤكد فى طريقة التظليل هذه على تنظيم إيقاع الكلام ، وعدم وضوح المعنى الصريح لقطعة القراءة التى يتم ترديدها ، وسهولة صياغة الجمل ، وتغيير طبقات الصوت ، وألا ينظر الطفل إلى المعالج ويركز انتباهه على ما يسمعه .

- القراءة المتزامنة Simultaneous Reading : وتقوم على الأساس السابق ذاته ، ولكن بحيث يقرأ المعالج والطفل المتلجلج القطعة نفسها فى آن واحد .

وهناك فنيات أخرى كالممارسة السلبية والسيكودراما ، وقد أيدت نتائج بحوث عديدة جدوى هذه الفنيات فى علاج اللجلجة (مصطفى فهمى ١٩٨٥ ، شيرى وسايرز ، ١٩٨٥ ، صفاء غازى أحمد ، ١٩٩١ ، سهير محمود أمين ، ١٩٩٥) .

٢- اللفلفة Cluttering

يطلق على هذا الاضطراب أيضاً هدير الكلام Agitolalia ، حيث يتمثل فى تدفق الكلام على نحو اندفاعى ، وبمعدل شديد السرعة ، فتبدو الألفاظ متزاحمة والمقاطع مختزلة أو محذوفة مما يخل بإيقاع الكلام . كما يبدو الكلام ملتبساً Confused غير مرتب ولا واضح ، حيث يؤدى الاندفاع إلى تلفظ غير واضح ، وإلى ظهور مجموعات من الكلمات غير المرتبطة بالتركيب اللغوى للجملة مما يجعل المعنى مختلطاً وغير سليم ،

ويحفل الكلام بانقطاعات وأخطاء نحوية عديدة ، وزلات لسان .

ويشير باكوين وباكوين Bakwin & Bakwin فى معرض وصفهما لهذا الاضطراب إلى أن الطفل يبدأ جملة بطرق مختلفة قبل أن يستطيع التقدم .. ولا يكاد يبدأ حتى يخلط ألفاظه وأفكاره .. ثم يختتم بفكرة مختلفة عن تلك التى بدأ بها ، وتتكرر الألفاظ والجمل القصيرة وهو يحاول تلمس الصحيح منها ، مواضع الكلمات مخلوطة Jumbled فبعضها يأتى قبل أوانه والبعض يأتى متأخراً بكثير .. ، ويواجه الطفل صعوبات جمة فى العثور علي الألفاظ الصحيحة ، ونتيجة لذلك قد ينزعج ويذْعَر أثناء التكلم ، وتكتنف صوته بحة وحشاشة ، كما يتكرر التلعثم واللكنة أو الاعتقال . (كمال دسوقى ، ١٩٨٨ : ٢٥٦) .

ويتميز هذا الاضطراب عن اللجلجة بأنه ليس فيه تكرير ولم تكتشف بعد له أسباب واضحة أو محددة . ويعوّل فى التغلب عليه على العلاج البيئى الأسرى وإرشاد الوالدين ، والعلاج النفسى والعلاجات الكلامية .

خامساً : اضطراب الهوية الجنسية أثناء الطفولة
Gender (Sexual) Identity Disorder

عادة ما تظهر بوادر الاضطراب الجنسى التى نراها كانحرافات وصور شاذة فى سلوك الراشدين والكبار وتتأصل جذورها خلال فترة الطفولة ، وما يكتنف النمو النفسى للطفل أثنا ءها من صعوبات وصراعات وعمليات شعورية ولا شعورية كمص الأصابع ، والتثبيت على مراحل نمو معينة ، والكبت ، والعقد النفسية غير المحلولة ، وعدم النضج الانفعالى . إضافة إلى ما يصادفه الطفل خلال تنشئته من ضغوط نفسية ، وخبرات صدمية ، وظروف اجتماعية سيئة ، وأساليب تنشئة غير سليمة ، وعدم إشباع لاحتياجاته .

ويبدأ اضطراب الهوية الجنسية عادة أثناء مرحلة الطفولة المبكرة قبيل سن الرابعة وحتى السابعة من العمر ، والأساس فى تشخيص هذا الاضطراب أن يحدث قبل سن البلوغ ، وهو أكثر شيوعاً فى الأولاد عنه فى البنات .

وتتمثل مظاهره فى إصرار الطفل على أنه من الجنس المعاكس لنوع جنسه ، أو فى رغبته الشديدة والمستمرة فى التحول إلى غير نوع جنسه ، ومع أن رفض الأعضاء التشريحية المميِّزة لنوع جنسه قد لا يكون وارد فى معظم الحالات إلا أن البنات اللاتى يعانين من هذا الاضطراب تؤكدن باستمرار على أنه سوف ينمو لديهن قضيب ، وأنهن غير راغبات فى أن تأتيهن الدورة الشهرية ، وفى أن تكون لهن نهود . أما الأولاد فيدّعون أنهم عندما يكبروا سيصبحون نساء ، وأن أعضاءهم التناسلية قبيحة ومثيرة للاشمئزاز ، وستختفى .

وهم لا ينزعجون من هذه الميول والرغبات الملحة بقدر ما يقلقهم الصراع الناشئ بين رغباتهم والتوقعات الاجتماعية عنهم من قبل المحيطين بهم ، وكذلك ما قد يواجهونه من إهانات ومضايقات ونبذ .

ومن بين مظاهر اضطراب الهوية الجنسية لدى الأطفال ميل الطفل إلى ممارسة النشاطات الخاصة بنوع الجنس الآخر ، ولعب الأدوار الخاصة بأفراده ، ومصادقتهم ، وارتداء ملابسهم . فالأولاد مثلاً ينزعون إلى لعب أدوار أنثوية - كالأم والعروسة والطبيبة - ويميلون إلى مشاركة البنات هواياتهن المفضلة ، ولعبهن بالعرائس . ويقومون بارتداء ملابسهن ، ويبدون منشغلين ومهتمين بما تلبسه الأخوات وما تستخدمه الأمهات من أدوات زينة وحلى . بيد أن ارتداءهم لملابس البنات لا يكون مصحوباً باستثارة جنسية كما هو الحال فى نزعة بعض الراشدين لارتداء ملابس الجنس الآخر (تحول الزى الفتيشى) * .

وفى المقابل نجد البنات تنزعن إلى لعب أدوار البنين ، وممارسة اللعب الخشن والركل والرفس واستخدام العنف والمسدسات ، وتقليد الأولاد حتى أنهن يرفضن التبول جالسات .

---

* الفتيشية Fetishism : انحراف فى الموضوع الجنسى يتمثل فى لجوء الراشد - الذكر خاصة - إلى استخدام أشياء تخص فرد من الجنس الآخر - كقطع ملابس أو مناديل أو أحذية - للحصول على الاستثارة الجنسية وتحقيق الإشباع الجنسى .

** الجنسية المثلية Homosexuality : (اللواط والسحاق) وتعنى الانجذاب جنسياً نحو شخص آخر من نوع الجنس نفسه ، أو ممارسة النشاط الجنسى معه .

وتشير نتائج الدراسات إلى أن " نسبة تتراوح بين ثلث إلى ثلثي الأولاد المصابين باضطراب الهوية الجنسية فى الطفولة يبدون اتجاهاً للجنسية المثلية ** أثناء وبعد المراهقة ، ولكن القليل جداً منهم يبدى تحولاً جنسياً * فى الرشد " (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٥٢٥-٥٢٦)

وقد يصعب علاج الرغبة الشديدة فى التحول للجنس الآخر إذا ما ظلت ملازمة لمراحل عمرية تالية ، كما يسهم العلاج النفسى التحليلى فى إعطاء نتائج إيجابية فى بعض حالات اضطراب الهوية الجنسية لدى الأطفال . ولعله من المفيد الإشارة إلى أهمية عملية التنميط الجنسى السليم للطفل مبكراً وبحسب مرحلة نموه فى الوقاية من هذا الاضطراب ، وذلك عن طريق غرس وتنمية الأنماط السلوكية الملائمة لنوع جنس الطفل ، وتشجيعه على ممارسة الأنشطة المناسبة له ، ولعب الدور الجنسى الذكورى أو الأنثوى الملائم لنوع الجنس ، وزيادة التفاعل الإيجابى مع الوالد من نوع جنسه ، وتشجيعه على التوحد والاقتداء بنماذج طيبة مطابقة لجنسه ، وإثابة وتعزيز السلوك المقبول .

سادساً : مشكلات واضطرابات نمائية خاصة دراسية

الاضطرابات النمائية الخاصة الدراسية (صعوبات التعلم)

تشيع فى التراث السيكولوجى مسميات متعددة للإشارة إلى الاضطرابات النمائية الخاصة فى المهارات الدراسية من بينها المعوقون إدراكياً Perceptual Handicapped ، والخلل الوظيفى البسيط فى المخ Minimal Brain Dysfunction ، والخلل الوظيفى فى العمليات المعرفية المركزية Central Processing Dysfunction ، كما يطلق عليها الآن فى ميدان التربية الخاصة Specific Learning Disabilities بمعنى الصعوبات الخاصة فى التعلم . وكان أول من أطلق هذه التسمية هو صامويل كيرك S.Kirk فى بداية الستينيات ليصف بها أولئك الأطفال الذين يعانون من مشكلات خاصة أو اضطرابات فى واحدة أو أكثر من مهارات اللغة أو النطق أو القراءة أو التهجئة ، أو الكتابة ، أو الحساب

* التحول الجنسى Transexualism : ويعنى إحساس الفرد بعدم الراحة والتلاؤم مع نوع جنسه ، ورغبته الشديدة فى تغيير هذا النوع إلى نوع الجنس الآخر ، سواء بالجراحة أم العلاج الهرمونى .

أو التواصل الاجتماعى ، وليس لديهم إعاقات حاسية - كالصمم والعمى - أو عقلية (تخلف عقلى) .

ولصعوبات التعلم تعريفات كثيرة لعل من أقدمها وأكثرها ذيوعاً وقبولاً ذلك التعريف الذى نص عليه القانون الفيدرالى برقم ٩٤-١٤٢ وتاريخ ١٩٧٧ فى الولايات المتحدة الأمريكية بشأن تربية ذوى الاحتياجات الخاصة ومفاده أنها عبارة عن " .. اضطراب فى واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التى تدخل فى فهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة ، وتظهر تلك الصعوبات فى نقص المقدرة على الاستماع ، أو الكلام ، أو القراءة أو الكتابة ، أو التهجئة ، أو فى القيام بالعمليات الحسابية . ويتضمن ذلك حالات الإعاقة الإدراكية أو الإصابة المخية ، أو الخلل الوظيفى المخى البسيط ، أو عسر القراءة Dyslexia ، أو حبسة الكلام والتى ترجع لظروف نمائية .. " كما ينص التعريف على أن المصطلح لا يشمل أولئك الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم ناجمة أساساً عن إعاقات بصرية أو سمعية أو حركية أو تخلف عقلى أو اضطراب انفعالى أو حرمان بيئى اقتصادى وثقافى .

ويشير ليرنر (Lerner, 1993:9) إلى بعض الإيضاحات الإجرائية التى ألحقت بهذا التعريف ومن بينها أن الطفل تكون لديه صعوبة تعلم خاصة إذا كان :

أ - لا ينجز بصورة مناسبة أو ملائمة لعمره ومستوى مقدرته فى واحد أو أكثر من مجالات محددة رغم تزويده بخبرات تعليمية ملائمة .

ب- لديه تباعد أو تناقض حاد بين مستوى تحصيله ومقدرته العقلية فى واحد أو أكثر من سبعة المجالات الآتية :

- التعبير اللفظى
- الفهم والاستيعاب السمعى .
- التعبير الكتابى
- المهارات الأساسية فى القراءة .
- الفهم والاستيعاب القرائى
- العمليات الحسابية
- التفكير أو الاستدلال الحسابى .

كما أوضح هانت ومارشال (Hunt & Marshall , 1994 : 181-182) أن التعريف السابق يعنى ما يلى :

أ - أن صعوبة التعلم قد تكون فى كل المهارات الأكاديمية أو فى واحدة منها ، بمعنى أن الطفل قد يجد صعوبة شديدة فى تعلم القراءة مع أنه يؤدى بصورة جيدة فى الحساب .

ب- صعوبة التعلم تنطوى على مشكلة تتصل بمعالجة المعلومات .

جـ- صعوبة التعلم لا تشمل مشكلات التعلم الناجمة عن إعاقات سمعية أو بصرية أو نتيجة للتخلف العقلى أو الاضطراب الانفعالى أو الظروف البيئية أو الاقتصادية أو الثقافية غير الملائمة .

ولذلك يجب عند تشخيصنا لصعوبات التعلم أو الاضطرابات النمائية الخاصة فى المهارات الدراسية التحقق من أنها ليست راجعة إلى خلل عقلى عام أو تخلف عقلى ، أو أى إعاقة أخرى حاسية أو انفعالية أو حركية ، أو لغياب فرص التعلم العادى المتاح لبقية الأطفال ممن هم فى المستوى العمرى والعقلى للطفل ، والتأكد من أنها ليست نتيجة لأمراض المخ المكتسبة أو لأى شكل من أشكال الإصابة المخية . وأن هذه الاضطرابات النمائية أو الصعوبات ليست مكتسبة فى مرحلة متأخرة من العملية التعليمية ، وإنما يكون الخلل نمائياً بمعنى أن يكون له تاريخ من البداية فى حياة الطفل .

ويؤكد الباحثون على أن السبب الأساسى لصعوبات التعلم أو تلك الاضطرابات النمائية فى المهارات الدراسية هو الخلل الوظيفى فى الجهاز العصبى المركزى واضطراب العمليات المعرفية لدى الطفل ذاته ويبدو أثر ذلك واضحاً منذ سنوات الطفولة المبكرة . كما يفترض أيضاً وجود عوامل بيئية تتفاعل مع الخلل الوظيفى للجهاز المركزى لإحداث صعوبات التعلم .

محكات التعرف على ذوى صعوبات التعلم :

توجد محكات كثيرة تستخدم فى تشخيص صعوبات التعلم من أهمها ما يلى :

أ - محك التباعد أو التناقض Discrepancy Criterion : ويشير هذا المحك إلى تلك الحالات التى يبدو فيها واضحاً أن مستوى إنجاز الطفل وتحصيله فى واحد أو أكثر من المهارات التى سبق ذكرها لا يتناسب و مستوى عمره الزمنى والعقلى ، ويقل عن معدل أقرانه ممن هم فى المستوى نفسه ، وذلك على الرغم من تهيئة الفرص والخبرات التعليمية الملائمة له ، وانتظامه فى تلقيها دون غياب طويل عن المدرسة مثلاً .

٢- محك الاستبعاد Exclusion Criterion : ويقصد به إقصاء جميع الحالات التى تعانى من صعوبات ناتجة عن إعاقات أخرى كالتخلف العقلى والإعاقات الحاسية والاضطرابات الانفعالية ونقص فرص التعلم .

٣- محك التربية الخاصة Special Education : ويعنى احتياج ذوى صعوبات التعلم إلى أساليب وبرامج علاجية خاصة مناسبة لعلاج مشكلاتهم لكونهم لا يستفيدون من الطرق التعليمية العادية ، وغالباً ما تكون هذه الأساليب فردية تعتمد على خصائص حالة الطفل كفرد .

٤- محك صعوبة النضج Maturation Difficulity : ويشير إلى احتمال وجود تخلف فى النمو أو خلل فى عملية النضج كأحد العوامل المؤدية إلى صعوبة التعلم .

٥- العلامات العصبية البسيطة Neurological Soft Signs : ويؤكد هذا المحك على التلازم بين صعوبة التعلم وبعض نواحى العجز العصبيةNeurological Impairment لدى الطفل من قبيل الإصابات المخية والخلل الوظيفى المخى البسيط والإعاقة الإدراكية وفقاً لما تضمنه التعريف السابق ، وذلك على أساس أن المعرفة بالعوامل العصبية تساعد على تفهم أوجه القوة والضعف فى الناحية التعليمية لدى الطفل . ويحدث كثيراً أن تصاحب صعوبات التعلم بعض مظاهر أخرى لها دلالتها النيرولوجية مثل : اضطرابات الإدراك ونقص الانتباه البصرى والسمعى والمكانى ، واضطرابات نمائية خاصة حركية ، وكلامية ولغوية ، ويسوق آرون Aaron عدداً من الدلائل العصبية البسيطة المصاحبة لصعوبات القراءة من بينها : عدم مقدرة الطفل على تحريك اليد اليمنى مثلاً أو أحد أصابعها إلا مع القيام بالحركة نفسها فى الجانب الأيسر من الجسم ، والخلط فى الاتجاه بين اليمين - اليسار ، وعدم إمكانية تعرفه أو تسميته الإصبع الذى يلمسه القائم بالاختبار بينما الطفل مغمض العينين . (فتحى عبد الرحيم وحليم بشاى ، ١٩٨٠ ، السيد أبو شعيشع ، ١٩٩٥ ، محمد رياض أحمد ، ١٩٩٧) .

ونعرض فيما يلى لصعوبات القراءة كمثال لصعوبات التعلم .

صعوبات القراءة :

تشمل صعوبات القراءة مظاهر متعددة من الاضطراب فى مهارات أداء المهام الأساسية فى القراءة ، كالقراءة والتهجئة الشفوية والفهم القرائى ، وعسر القراءة النمائى ، وصعوبة التعبير اللفظى . كما يرتبط بها أيضاً صعوبة التعبير الكتابى Agraphia . ويستخدم مصطلح عسر القراءة (الديسلكسيا Dyslexia) للإشارة إلى كل الصعوبات التى تتعلق بالتعرف على الرموز المكتوبة ، وبفهمها واستيعابها واسترجاعها ، وتعطل المقدرة على القراءة أو على الفهم القرائى الصامت والجهرى ، وذلك فى استقلال تام عن عيوب الكلام (كمال دسوقى ، ١٩٨٨ :٤٣٦) كما يشير البعض إلى أن الديسلكسيا لا تتضمن فحسب الفشل فى مهارات الهجاء والتعرف على الحروف والكلمات والجمل وفهمها ، وإنما عدم القدرة على الكتابة ، ويضيف إليه آخرون عدم المقدرة على حل المسائل الحسابية Acalculis (فى : السيد أبو شعيشع ، ١٩٩٥ : ١١٩) .

وتشيع صعوبات القراءة لدى نسبة كبيرة من الأطفال ، ونظراً لما للقراءة من أهمية شديدة فى عمليات التعلم المدرسى فإنه يغلب أن يترتب على صعوباتها عدم تقدم الطفل فى بقية المقررات الدراسية بمعدل طبيعى أو عادى ، إضافة إلى الأثار السلبية الأخرى بالغة السوء على نمو الطفل الذى يعانى من تلك الصعوبات وشخصيته .

ويراعى عند تشخيص هذه الصعوبات أن يكون مستوى أداء الطفل فى مهارة قرائية أو أكثر دون متوسط أقرانه ممن هم فى مثل عمره الزمنى والعقلى وصفه الدراسى ، وأن إخفاقه فى المهام القرائية أو أدائه المنخفض يحدث رغم تمتعه بقدرات حاسية بصرية وسمعية عادية ، ومستوى ذكاء عادى ، وكذلك رغم كفالة فرص وخبرات اجتماعية وثقافية وتعليمية معتادة أو كافية للنمو فى بيئته المنزلية ومدرسته .

اعراض عسر القراءة :

- البطء فى القراءة .
- أخطاء القراءة الجهرية وتتضمن حذف وإضافات فى بعض الكلمات ، أو تشويهها نتيجة العيوب الصوتية .
- أخطاء التهجئة حيث يلاحظ أن الطفل يقوم بتهجئة الكلمات معتمداً على أصوات الحروف والكلمات وبالصورة التى تنطق بها .

- الاستبدال فى حروف الكلمات أو كلمات الجمل .

- صعوبة الفهم القرائى وتتمثل فى عجز الطفل عن استخلاص بعض المعانى والاستنتاجات من المادة المقروءة .

- إخفاق الطفل فى استرجاع المادة والمعلومات المقروءة .

ومن بين المظاهر الثانوية الأخرى المرتبطة بعسر القراءة اضطراب الإدراك البصرى كما يبدو فى الخلل الإدراكى للعلاقات المكانية ، وعدم التمييز البصرى لأشكال الحروف والكلمات ، وسوء التنسيق أو التآزر البصرى - الحركى (بين العين واليد) والارتباك والخلط فى تحديد اتجاه الحروف ، وكذلك اضطراب الإدراك السمعى كما يتمثل فى صعوبة الدمج بين الأصوات ، والعجز عن التمييز والتتابع والربط السمعى بين الأصوات والكلمات ، ومن هذه المظاهر أيضاً نقص وتشتت الانتباه .

علاج صعوبات القراءة :

صنّف محمد رياض أحمد (١٩٩٧) الاتجاهات العلاجية التعليمية فى مجال القراءة إلى فئتين هما :

أ - العلاج القائم على تدريس المحتوى : ويقوم على التدريس المباشر للمهارات الضعيفة فى القراءة والتدريب عليها بعد تحديدها ، فإذا كانت المشكلة فى الفهم القرائى فإن البرنامج العلاجى يتم فى صورة تدريب مباشر على مهارة فهم محددة أو عدة مهارات فرعية . ويؤخذ على هذا الاتجاه أن مجرد التدريب على مهارات فرعية قد لا يضمن انتقال أثر التدريب إلى مواقف تعليمية أخرى ، كفهم قطعة قراءة جديدة غير تلك التى انصب عليها التدريب . ومن زاوية أخرى فإن هذا الاتجاه يتجاهل حقيقة أن صعوبة القراءة ترجع إلى قصور فى بعض العمليات المعرفية ، ومن ثم لا يأخذ فى اعتباره تلك العمليات الكامنة وراء اكتساب مهارة قرائية معينة أى أنه يتجاهل أسباب الصعوبة .

ب- العلاج القائم على معالجة المعلومات : ويركز أصحابه على كيفية اكتساب المعلومات وتخزينها ومعالجتها واستدعائها عند الحاجة كضرورة لحدوث التعلم بصورته المعتادة ،

كما يعنون بالاستراتيجيات المعرفية التى يستخدمها الفرد فى عمليات التفكير والتعلم ، وعلى أن علاج صعوبات القراءة يستلزم تحديد العمليات المعرفية الكامنة وراء تعلم القراءة ، وتحديد الخلل فى تلك العمليات والذى يُرَجّح أن يكون قد أدى إلى ظهور صعوبة تعلم القراءة بصفة خاصة . بمعنى أنهم يركزون على علاج أصل الصعوبة أو أسبابها وهو العملية المعرفية وليس ظاهرها .

ومن أهم البرامج الحديثة ضمن ذلك الاتجاه برنامج داس Das المبنى على نظرية المعالجة المعرفية المتتابعة والمتزامنة *. وهو يستمد أصوله من مصادر متعددة كنموذج اتكنسون وشيفرن فى الذاكرة قصيرة وطويلة المدى ، وبحوث هِبْ فى الحرمان الحاسى ، ومفاهيم فيجوتسكى عن العمليات التى تصف النشاط العقلى للفرد ، كالاستدخال ، والتوسط الاجتماعى الثقافى ، وحدود النمو الأقرب . ويتضمن هذا البرنامج العلاجى عشرة مهام مزدوجة ، لكل منها ثلاث مراحل أدائية تتحدد بناء على استجابة الطفل ، وتكفل هذه المهام التدريب على استخدام العديد من الاستراتيجيات المعرفية وتطويرها بما يتلاءم مع متطلبات كل مهمة من مثال التكرار والتصنيف وضبط الأداء ، والتنبؤ وتنقيح التنبؤ ، والتفكير بصوت عال ، والمسح البصرى للأمام والخلف ، والتمييز والربط والتصنيف وذلك بالنسبة للحروف والكلمات والأشكال (محمد رياض أحمد ، ١٩٩٧ : ٥٧-٨٢) .

التأخر الدراسى

Underachievement

* "Successive and Simultaneous Cognitive Processing" وتشير المعالجة المعرفية المتزامنة إلى مقدرة التنظيم العقلى للفرد على تجميع أجزاء عديدة من المثيرات فى وقت واحد وصولاً إلى حل المهمة ، بينما تشير المعالجة المتتابعة إلى تجميع وحدات منفصلة من المثيرات الواحد تلو الآخر فى نظام خطى "والقاعدة الأساسية لتلك النظرية تفهم على أساس أنها نتيجة لوظيفة متداخلة لثلاثة أنظمة عصبية : نظام مسئول عن الاستثارة والانتباه ، ونظام للمعالجة المعرفية (المتتابعة والمتزامنة) ونظام للتخطيط ... ومن ثم فالفهم الصحيح لصعوبات التعلم يجب أن تراعى فيه تلك الأنظمة لوضع برنامج علاجى مناسب ، لأنه يفترض أنها ناتجة عن قصور فى واحدة أو أكثر من الوظائف العقلية" . (محمد رياض ، ١٩٩٧ :٧) .

من المشكلات التربوية النفسية والاجتماعية التى يعانى منها بعض التلاميذ التأخر الدراسى ، أو انخفاض معدلاتهم التحصيلية الدراسية بدرجة جوهرية سواء فى جميع المواد الدراسية ، أو فى مادة بعينها كالحساب أو اللغة العربية مثلاً ، بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادى المتوسط فى حدود انحرافين معياريين سالبين أو أكثر ، وذلك وفقاً للدرجات التى يحصل عليها التلميذ فى الاختبارات التحصيلية التحريرية . وقد يكون هذا التأخر الدراسى موقفياً أو عارضاً يرتبط بظروف معينة طارئة ، أو مستمراً مزمناً ، كما قد يكون راجعاً إلى نقص فى مقدرات التلميذ العقلية أو اضطراب فى صحته النفسية ، أو بسبب تقييدات بيئية أو اعتلالات جسمية أو حرمان ثقافى وربما يرجع إلى عدة أسباب مجتمعة .

وقد كشفت نتائج الدراسات عن أن التخلف الدراسى يرتبط بعدد من المظاهر والمشكلات الانفعالية والسلوكية والصحية والأسرية ، التى تتداخل وتتفاعل مع بعضها البعض بحيث يتعذر علينا القطع بما إذا كانت أسباباً للتخلف الدراسى أم نتيجة له ، ومن بينها سوء التوافق الشخصى والاجتماعى والمدرسى ، والتوتر والقلق والشعور بالفشل وبالذنب ، وتشتت الانتباه والتركيز ، وضعف الثقة بالنفس ، وأحلام اليقظة ، والجنوح والسلوك المضاد للمجتمع ، والخجل والانطواء ، والغياب المتكرر والهروب من المدرسة ، والشعور بالنقص والنظرة المتدنية للذات ، وكذلك بعض الأعراض الجسمية كالصداع وآلام المعدة والتعب عند بذل أقل مجهود(Hinshow , 1992 ، إيمان الكاشف ١٩٩٥ ، صلاح الدين أبو ناهية ، ١٩٩٦) .

أسباب التأخر الدراسى :

يرجع التخلف الدراسى إلى أسباب عديدة يمكن تصنيفها فى الفئات التالية :

ا) أسباب نفسية :

أ - تدنى مستوى المقدرة العقلية العامة أو انخفاض الذكاء العام لأقل من المتوسط (الغباء) ، انخفاض بعض المقدرات العقلية الخاصة اللازمة للنجاح والتقدم فى بعض المواد الدراسية كالمقدرة العددية بالنسبة للحساب ، والمقدرة اللغوية بالنسبة للغة العربية ، ضعف المقدرة على التذكر والتركيز والانتباه ، اضطراب الفهم والتفكير .

ب- عوامل دافعية كالشعور بعدم الثقة بالنفس وضعف الميل إلى الدراسة وكراهية المدرسة عموماً أو مادة دراسية بعينها ، مما يؤدى إلى عدم الاهتمام بالدراسة وإهمال المذاكرة ، وعدم بذل الجهد اللازم أو الغياب عن المدرسة .

جـ- الاضطرابات النفسية والانفعالية والعصبية ، والإحباط والصراع النفسى والقلق والإغراق فى أحلام اليقظة ، مما يؤدى إلى سوء التوافق عموماً والدراسى خصوصاً ، ويبدد الطاقة النفسية فيعجز التلميذ عن توجيهها واستغلالها فى عملية الدراسة والتحصيل لأقصى درجة .

٢) اسباب جسمية وصحية :

أ - الشعور بالإجهاد والإنهاك الجسمى نتيجة الإصابة ببعض الأمراض ، كالبلهارسيا والانكلستوما وفقر الدم (الانيميا) والتهاب اللوزتين المزمن وأمراض القلب وهو ما يضعف من جهد التلميذ ويقلل من تركيزه ومثابرته .

ب- اضطراب نشاط الغدد كالغدة الدرقية فيبدو التلميذ متبلداً بطىء الاستجابة .

جـ- التلف والإصابات المخية والقصور الحاسى كضعف الإبصار والسمع .

د - سوء التغذية وعدم تكامل المواد الغذائية اللازمة لحسن أداء الجسم لوظائفه فى بذل الجهد اللازم للدراسة والتحصيل الجيد .

٣) اسباب بيئية اجتماعية اسرية ومدرسية :

أ - عوامل أسرية : كاضطراب الجو الأسرى وتفكك العلاقات الأسرية والشجار والخلافات الدائمة بين الوالدين - انخفاض المستوى الاقتصادى والاجتماعى للأسرة وتدهور مستواها الثقافى والتعليمى مما يحد من فرص تمتع الطفل بوسائل التثقيف وبالإمكانات الميَسّرة للتفتح العقلى وبالتوجيه المناسب - ضيق المسكن بالنسبة لحجم الأسرة - أساليب التنشئة اللاسوية للأبناء مما يؤدى إلى اضطراب الطفل وشعوره بالذنب والخوف والنقص والتهديد وعدم الأمن فيشتت انتباهه ويقل تركيزه - قلق الامتحان وما يصاحبه من ضغوط نفسية واهتمام زائد وتهديد وطوارىء مما يؤدى إلى عدم الاستقرار النفسى لدى الأبناء - نقصان المتابعة المنزلية الذى ربما يصل إلى حد لا مبالاة الوالدين سواء بمذاكرة الطفل فى المنزل أم بمتابعة مستواه فى المدرسة فيشعر

بالإهمال وينزع سلوكه هو الآخر إلى التسيب وعدم الاهتمام - تشدد الآباء ومغالاتهم فى تحديد مستويات طموح دراسية تفوق استعدادات الأبناء - فرض الآباء لأنواع معينة من التعليم لا تتفق مع ميول الأبناء .

ب- عوامل مدرسية : كجمود النظم التعليمية وعدم مرونتها - طبيعة الدراسة وعدم ملاءمتها لميول التلاميذ - اضطراب مناخ المدرسة وعدم إشباعه للحاجات النفسية لدى التلاميذ - سوء معاملة بعض المعلمين للتلاميذ ، وتدهور العلاقات فيما بينهم - تخلف المناهج وعدم فاعلية طرق التدريس المستخدمة - سلبيات نظم الامتحانات وما يصاحبها من خوف وقلق واضطراب - زيادة الكثافة العددية للتلاميذ فى الفصول الدراسية وما يترتب على ذلك من عدم مراعاة الفروق الفردية فى التدريس ، ومحدودية فرص التوجيه والتعليم الفردى ، وقلة التفاعل اللفظى والأكاديمى بين المعلم والتلاميذ - عدم الربط بين المناهج والمقررات الدراسية والحياة العملية خارج أسوار المدرسة - تقلص الأنشطة المدرسية الفنية والموسيقية والرياضية التى تساعد فى بناء شخصية التلميذ وتكاملها وتمكنه من التنفيس عن مشاعره وانفعالاته وإعلاء رغباته ودوافعه .

الوقاية من التأخر الدراسى وعلاجه :

من الأمور الأولية اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة ، فقد يكون التأخر الدراسى محدداً فى البداية ثم يتفاقم أمره ويزداد تدهوراً إن لم يكتشف مبكراً وتتم السيطرة على أسبابه . ومن وسائل علاج مشكلة التخلف الدراسى ما يلى :

١) فحص الحالة الصحية العامة وعلاج ما قد يكون هناك من أمراض أو اضطرابات تعوق التحصيل الدراسى ، والاستعانه بالمعينات التعويضية المناسبة : كالسماعات والنظارات فى حالات الإعاقات السمعية والبصرية الجزئية ، أو التحويل إلى مدارس التربية الخاصة فى حالات الإعاقة الكلية .

٢) التحقق من مستوى ذكاء التلميذ عن طريق مقاييس الذكاء المقننة ، ومن وجود صعوبات تعليمية معينة واتخاذ ما يلزم نحو علاج هذه الصعوبات ، أو بتقديم الخدمات التربوية الخاصة تبعاً لمستوى ذكاء التلميذ .

٣) إرشاد الوالدين وتوجيههم إلى تجنب ما قد يسهم فى التأخر الدراسى داخل البيئة الأسرية سواء ما يتصل بطبيعة العلاقات داخل الأسرة أم بأساليب المعاملة الوالدية للأبناء ، أم باتجاهات الوالدين نحو أنواع التعليم والتحصيل الدراسى . وتعديل الظروف الأسرية بما يسمح للطفل بالتخفف من الصراع والقلق والخوف ويؤدى إلى تكريس طاقته وانتباهه فى الدراسة والاستذكار .

٤- العلاج النفسى للتلميذ المتخلف دراسياً لإزالة أسباب تأخره ، ولتعديل عاداته فيما يتصل بالاستذكار ، ومساعدته على تحمل مسئولياته إزاء دراسته وتنمية استبصاره بنفسه ، وإرشاده وتوجيهه تربوياً طبقاً لميوله واستعداداته ، وزيادة دافعيته وتعزيز ثقته بنفسه فى مواجهة مشكلاته .

٥) تهيئة مناخ تعليمى مدرسى يراعى ميول التلاميذ واستعداداتهم ، ويشبع حاجاتهم النفسية . وجعل المواد الدراسية أكثر اتصالاً بالواقع والحياة العملية ، وتوسيع فرص الاختيار الدراسى وتنويع النشاطات المدرسية ، والعمل على خفض قلق الامتحانات بتعديل نظمها ، وجعل التقويم أكثر شمولاً وموضوعية واستمرارية ، وعدم التركيز على التلقين والحفظ ، والتأكيد على تنمية الفهم والتفكير والربط والاستنتاج والتركيب ، وتنمية مهارات التعلم الذاتى ، وتنويع طرق الحصول على المعرفة .

٦) وضع برامج علاجية تربوية للتخلف الدراسى على مستوى كل صف دراسى وفى كل مادة دراسية على حدة لتنمية المهارات الأساسية للطلاب المتأخرين دراسياً ، والتوسع فى نظام مجموعات التقوية ، والخدمات التربوية الخاصة لبطيئى التعلم ، وذوى الصعوبات التعليمية الخاصة .

الفصل الثانى عشر
الاضطرابات النفسية والعقلية

- **أولاً : الاضطرابات العقلية**
  - الفصام
  - الضلال (الهذاء)
- **ثانياً : الاضطرابات المزاجية (الوجدانية) .**
  - الهوس
  - الاكتئاب .
  - الاضطراب الوجدانى الثنائى
  - اضطرابات وجدانية مستمرة .
- **ثالثاً : الاضطرابات النفسية (العصابية) .**
  - الهستيريا
  - العصاب الوسواسى القهرى .
  - علاج الاضطرابات العصابية .
- **رابعاً : اضطرابات الشخصية والسلوك .**
  - اضطراب الشخصية السيكوباتية .
  - الانحرافات الجنسية .
- **خامساً : الاضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية) .**



الاضطرابات النفسية والعقلية *

أوضحنا أن كلا من الإحباط والصراع النفسى والقلق عمليات متداخلة ومرتبطة فيما بينها ، وأن كل الناس ينزعون إلى حماية ذواتهم من مصادر التهديد الداخلية والخارجية المختلفة ويسعون إلى تجنب الألم وخفض مستويات توتراتهم واستعادة توازنهم مستخدمين فى ذلك أساليب توافقية شتى أطلق عليها الحيل أو الميكانزمات الدفاعية . وهم يلجأون إلى هذه الحيل ويستخدمونها بمعدلات أو درجات مختلفة تتراوح ما بين الاعتدال والتطرف أو الإسراف ، وأن هذه المعدلات ربما تعتبر مما يفصل بين السلوك العادى المألوف والسلوك المرضى الشاذ .

إذ يستخدم الأفراد العاديون هذه الحيل بدرجة بسيطة لما لها من فائدة فى حماية الذات وخفض توترها ، وإمدادهم بقدر معقول من الراحة النفسية واحترام ذواتهم ، ولما تُسهم به فى تحقيق توافقهم النفسى بشتى أشكاله فى مختلف المجالات ، بينما يعتاد المضطربون نفسيا هذه الحيل الدفاعية ويسرفون فى استخدامها بمعدلات مرتفعة مما يعوق توافقهم السوى ، ويعبر فى الوقت ذاته عن اضطراب شخصياتهم واعتلال صحتهم النفسية . وقد تنحل الشخصية وتتفكك فى حالات أكثر خطورة وتعقيداً وتدهوراً هى حالات الاضطراب العقلى (الذهان) التى تضعف فيها الأنا وتختل اختلالا شديداً ، وتعرض عن الواقع وتستسلم للهى ، وتفقد تحكمها و سيطرتها على المواد المكبوته لضعف الكبت والمقاومة ، وتحطم هذه الحيل الدفاعية وانتفاؤها ، ومن ثم تظهر تلك المواد المكبوتة بصورة صريحة وسافرة فى سلوك الشخص دون ضبط أو سيطرة .

إن استمراء الفرد استخدام حيل من أمثال الاسقاط والتعويض الزائد والتبرير وإسرافه لا شعورياً فى الاعتماد عليها يُعميه عن عيوبه ونقائصه ومشكلاته وفشله الذريع فى

---

* دعا بعض العلماء ومنهم إيزنك إلى استخدام مصطلح اضطراب Disorder فى مجال الطب النفسى بدلاً من مصطلح مرض Diseas ، إلا أن بعض الباحثين يستخدم المصطلحين بالتبادل للإشارة إلى معنى واحد . ويرى فرج عبدالقادر طه (١٩٩٤) أن الاضطراب يفيد معنى التأرجح وعدم الاستقرار ، فهو مرض متقطع أو غير مستمر ، يظهر فقط فى بعض الظروف ثم يختفى . أما الانحراف Perversion فيحسن قصر استخدامه على اضطرابات الشخصية المتعلقة بالنواحى الأخلاقية المضادة لقيم المجتمع وقوانينه : كالانحرافات الجنسية والسلوك الإجرامى (ص : ٢٢٤) .

حلها بشكل واقعى ، ويحول دون رؤيتها رؤية موضوعية ، ومن ثم عدم تكريس جهده لعلاجها . كما ان استغراق الفرد دائما فى التخيلات وأحلام اليقظة واعتياده الانسحاب من المواقف كلما واجهته صعوبة أو مشكلة ، يجعله أسير عالم من الوهم والضلال ، ويعزله عن التفاعل المثمر مع العالم الواقعى . كما أن تماديه فى تقمص نموذج ما مثل هتلر أو نابليون مثلاً بحيث لا يحيد عنه ، من شأنه أن يعوق استبصاره الذاتى بهويته وبما يتمتع به هو شخصياً من جوانب تميز حقيقية بإمكانه استثمارها لكنه لا يدركها . وهكذا لا يؤدى إدمان تلك الحيل اللاشعورية سوى إلى إبطال مفعولها ووظيفتها الأساسية وهى حماية الذات مما يتهددها وخفض توترها ، فلا يجنى الفرد فى النهاية سوى اضطراب شخصيته وتفككها ، ومزيداً من القلق وسيطرة مظاهر الشذوذ على سلوكه من اعتقادات باطلة أو ضلالات ، وهذاءات وهلاوس ووساوس وأفعال استحواذية قهرية وغيرها من أعراض الاضطرابات النفسية والعقلية .

ونعرض فيما يلى للفئات التالية من الاضطرابات النفسية والعقلية :

١ - الاضطرابات العقلية (الذهانية) .

٢ - الاضطرابات المزاجية (الوجدانية) .

٣ - الاضطرابات النفسية (العصابية) .

٤ - اضطرابات الشخصية والسلوك .

٥ - الاضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية) .

أولا : الاضطرابات العقلية (الذهانية)

Mental Disorders (Psychosis)

اشتمل دليل التصنيف الإحصائى الدولى العاشر للأمراض والإصابات (ICD-10) الذى أصدرته منظمة الصحة العالمية الاضطرابات العقلية العضوية والسلوكية التالية :

١- الاضطرابات العقلية العضوية Organic & Mental Disorders : وتتضمن خرف (خبل) مرض الزهيمر المبكر والمتأخر والمختلط والوعائى ، الزملة العضوية لفقد الذاكرة بدون كحول وعقاقير ، الهذيان بدون كحول وعقاقير ، الاضطرابات الأخرى

الناجمة عن مرض أو خلل مخى أو مرض جسمى ، واضطرابات الشخصية والسلوك الناتجة عن مرض أو تلف أو خلل وظيفى مخى .

٢- الاضطربات العقلية والسلوكية الناجمة عن الاعتماد على مواد ذات أثر نفسى Due to Psychoative Substance Use : كالاضطرابات الناتجة عن الكحول ، والأفيون ، والحشيش ، والمهدئات والمنومات ، والكوكايين ، وعن منبهات أخرى ، والناتجة عن عقار الهلوسة ، والتدخين ، والمذيبات المتبخرة ، وحالات التسمم الحاد ، والانسحاب ، والهذيان ، والاضطراب الذهانى ، وفقدان الذاكرة .

٣- اضطرابات الفصام Schizophrenia والحالات فصامية الطابع Schizotypal والضلال (الهذاء) Delusion : وتشمل الفصام البارانويدى ، فصام المراهقة (الهيبفرينى) والتخشبى (الكتاتونى) وغير المميز (المشوش) واكتئاب ما بعد الفصام ، والفصام المتبقى والفصام البسيط ، وفصامات أخرى ، وغير محددة ، والاضطراب فصامى الطابع ، واضطرابات الضلال المستديمة ، والاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة ، والفصام الوجدانى (نمط اكتئابى ، ومختلط ، واضطرابات ذهانية غير عضوية أخرى) .

ونعرض فيما يلى وبشكل موجز لكل من الفصام ، والضلال (الهذاء) . ويحسن قبل هذا العرض أن نشير إلى أهم الفروق بين الاضطرابات العقلية (الذهانية) والاضطرابات النفسية (العصابية) .

تختلف الاضطرابات العقلية (الذهان) عن الاضطرابات النفسية (العصابية) فى جوانب كثيرة ، حيث أن الاضطرابات العقلية ذات تأثيرات أعمق وأكثر خطورة على الشخصية من العصاب . لذا يطلق البعض عليها الاضطرابات الكبرى مقابل الاضطرابات الصغرى وهى العصاب . فالشخصية فى حالة الاضطرابات العقلية تصاب بالانحلال والتفكك والانهيار ، وتتغير تماماً حتى أن محتوياتها اللاشعورية المكبوتة تظهر سافرة صريحة وتعبر عن نفسها بصورة فجة نابية وبدائية لاختفاء الكبت والمقاومة كما تصاب باضطرابات حادة فى كافة الوظائف والعمليات العقلية : كالتفكير والإدراك ، إذ تسود الهلاوس والضلالات ، وعدم الاستبصار وأوهام العظمة والاضطهاد ، ويبدو العجز عن التمييز بين الواقع والخيال واضحاً تماماً ، وكذلك الاضطراب والجمود فى الحياة الوجدانية ،

والانفصال عن الواقع والتعلق بعالم وهمى خيالى والتوحد التام به ، مما يقود فى النهاية إلى العجز عن الأداء والتواصل الاجتماعى وممارسة النشاطات العادية . بينما قد لا تؤدى الاضطرابات العصابية سوى إلى اضطرابات بسيطة وتغيرات محدودة تظل برغمها الشخصية من حيث وظائفها العقلية والانفعالية على قدر من التماسك والاتصال بالواقع . كما تظل الأنا أو الذات قادرة إلى حد ما على ممارسة عملية الكبت وعلى التحكم فى المحتويات اللاشعورية المتحفزة للظهور رغم ازدياد حدة الصراع فيما بين هذه المحتويات والأنا . ويتضمن الجدول التالى تلخيصاً لأهم الفروق بين الاضطرابات النفسية (العصابية) والاضطرابات العقلية (الذهانية .

جدول (٢) أهم الاختلافات بين العصاب والذهان

الاضطرابات النفسية (العصاب) Psychoneurosis	الاضطرابات العقلية (الذهان) Psychosis
- انتفاء دور العوامل العصبية والسمية ومحدودية دور العوامل الوراثية فى نشأة العصاب .	- للاستعدادات الوراثية والتكوينية والعوامل العصبية والسمية نتيجة الإدمان والتعاطى ، والإصابات والأمراض ؛ كأورام المخ والزهرى ، وتقدم السن دور هام فى نشأة الذهان .
- الاستعداد للاضطراب العصابى والذهانى قد يتحدد وراثياً لا سيما فى الذهان ، ولكن تطور الحالة وشدتها تلعب فيهما العوامل النفسية والبيئية (كخبرات الطفولة والإحباطات والصراعات والأساليب اللاسوية فى التنشئة) دوراً هاماً وأساسياً .	
- يصيب العصاب الأفراد فى مختلف مراحل العمر .	- قليلاً ما يصيب الذهان الأطفال ، وينتشر بمعدل أكبر فى المراحل العمرية التالية (المراهقة والبلوغ والشيخوخة) .
- يبدو السلوك العام للعصابى مضطرباً بدرجة بسيطة أو طفيفة لكنه يظل فى الحدود العادية وقد يشذ قليلاً . - يبدو السلوك مسايرا للمعايير الاجتماعية وغير ضار بالمريض وبالآخرين .	- يبدو السلوك العام للذهانى غريباً وشاذاً وقد يكون بدائياً طفلياً (تعرى وتبول وتبرز لا ارادى مثلاً) واندفاعياً هجومياً ، وفجائياً ومتقلباً . - يبدو السلوك معاكساً تماماً للمعايير الاجتماعية ، وضاراً بالفرد والآخرين نتيجة العجز فى الضبط والتحكم الذاتى .
- يحافظ المريض على مظهره العام ونظافته الشخصية .	- يتدهور المظهر العام وتهمل النظافة الشخصية بحسب حالة المريض .

- تغيرات انفعالية (وجدانية) كمية وكيفية طفيفة ؛ كالخوف والتوتر والقلق بسيط الدرجة .	- اضطرابات انفعالية كمية واضحة شديدة وتغيرات نوعية عديدة ؛ كالفزع والهوس والمخاوف والذعر والاكتئاب ، والتبلد الانفعالي واللامبالاة وعدم الاهتمام .
- سلامة التفكير أو اضطرابه بدرجة بسيطة (وساوس وانشغالات وهموم وسرحان) . - الكلام عادى واللغة متماسكة ومنطقية . - اضطرابات بسيطة فى المقدرة على الفهم . - سلامة الإدراك .	- اضطرابات حادة فى التفكير (خبال وضلالات وتفكك وضحالة وتشتت ووهم وهذيان) . - اضطرابات كلامية (تشتت ولا منطقية) وربما ينعدم الكلام المفهوم ، وتغيب اللغة المتداولة ، ويتخذ المريض لغة خاصة به غير مفهومة . - اضطرابات شديدة فى المقدرة على الفهم . - اضطرابات شديدة فى الإدراك وخبرات حاسية زائفة كالهلاوس السمعية والبصرية والشمية ، الخداع ، والمخاوف شديدة .
- تتغير الشخصية جزئياً وبدرجة بسيطة لكنها تبقى متماسكة متكاملة إلى حد ما . - تظل الشخصية موصولة بالواقع وفعالة جزئياً مع البيئة ومع الآخرين . - تبقى الأنا (الذات) سليمة ، وقادرة على كبت ومقاومة المحتويات اللاشعورية رغم تأثيرها غير المباشر على السلوك . - استخدام الحيل الدفاعية بمعدل عال . - غالباً ما تكون الشخصية مستبصرة بحالتها المرضية معترفة بها ، وغالباً ما ترغب فى العلاج وتسعى إليه .	- تتغير الشخصية جذرياً كيفياً وكمياً وبشدة ؛ فتنحل وتتفكك وتتشوه وتفقد تكاملها . - تفقد الشخصية صلتها بالواقع وبالبيئة وبالآخرين . ولا يعتمد عليها ولا يوثق فيها . - اضطراب الأنا (الذات) وفقدان السيطرة على المحتويات اللاشعورية المكبوتة ، وظهورها بشكل صريح لانتفاء الكبت والمقاومة . - تحطم الحيل الدفاعية تماماً . - تصدع الشخصية وتفككها ، وعدم استبصارها بحالتها المرضية رغم تدهورها ، ومن ثم تبدو غير راغبة فى العلاج أو التعاون بشأن تغييرها .
- يحتاج العصابى إلى رعاية خاصة ، وغالباً ما تكون خارجية ، تشمل النواحى النفسية والاجتماعية بدرجة أكبر .	- يحتاج الذهانى إلى رعاية متخصصة داخل مصحات ومستشفيات وعلاجات طبية ونفسية .

الفصام Schizophrenia

يعد الفصام من أكثر أنواع الذهان حدوثاً حيث تتراوح النسبة المئوية للمصابين به بين نزلاء المصحات العقلية بين ٦٠ و ٧٠٪ ، كما يصيب حوالى ٥٨ . ٠ : ٣٪ من المجموع العام للسكان " ويصيب الفرد فى سن الشباب والنضوج حيث تظهر معظم حالاته (حوالى ٧٠٪) بين سن ١٥ و ٤٠ سنة وتصل أقصاها فى أواخر الحلقة الثالثة من العمر لذا كان يطلق عليه قديماً خبل المراهقة أى فى فترة الدراسة والعمل والازدهار الفكرى ، مما يجعل الفصام ليس بظاهرة مرضية فقط بل ظاهرة تؤثر على الناحية الاقتصادية والاجتماعية ، حيث أنه يؤثر على ساعات العمل وارتباط العائلة ، فضلاً عن تفكك الأسرة ، ويؤدى إلى الانطواء وأحياناً إلى سلوك إجرامى مضاد للمجتمع " (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٢٤٨-٢٤٩) .

ويلاحظ أن الفصام أكثر انتشاراً بين غير المتزوجين عنه فى المتزوجين ، وفى الرجال قبل سن الثلاثين ولدى الإناث بعد سن الثلاثين ، كما أنه يزدهر فى الربيع وأواخر الصيف شأنه شأن معظم الأمراض الذهانية الحادة ، ويظهر أكثر لدى مواليد فصل الشتاء وفى أصغر أبناء الأسرة وفيرة العدد . كما ينتشر أيضاً فى البيئات المزدحمة بالسكان ، وسيئة الأوضاع الاقتصادية الاجتماعية والصحية التى تعانى من الفقر والحرمان والبطالة والانحرافات السلوكية الاجتماعية . وقد لوحظ من نتائج بعض الدراسات (رشدى عبده حنين ، ١٩٨٦) أن الحالات الفصامية تنحدر من أوساط أسرية تشيع فيها الأساليب الوالدية الخاطئة فى معاملة الأبناء : كالقسوة والتسلط والرفض والنبذ ، وكذلك الخلافات الحادة والشجار المتصل بين أفرادها .

وقد استخدم كريبلن Kraeplin (١٨٨٣) مصطلح الخبل (الخرف) المبكر Demen-tia Praecox للدلالة على معنى الفصام ، ثم أطلق يوجين بلويلر (١٩١١) على هذا الاضطراب مصطلح سكيزوفرينيا (شيزوفرينيا) ويتكون من لفظتين إحداهما Sciz وتعنى تصدع أو انقسام ، والأخرى Phrenia وتعنى العقل . وقد قصد به بلويلر " تدهور تدريجى فى الشخصية بكاملها .. يشمل أساساً الحياة الوجدانية ، ويعبر عن نفسه فى اضطرابات مشاعر وتفكير وسلوك ، وميل للانسحاب من الواقع " (كمال دسوقى ، ١٩٩٠ : ١٣١٤) .

ويعد الفصام من أشد الأمراض العقلية خطورة على الشخصية ، وهو يشير إلى حالة من عدم انتظام الشخصية وتدهورها وانفصامها عن العالم الواقعى الخارجي ، وانفصام الوصلات النفسية العادية فى السلوك (حامد زهران ، ١٩٩٧ :٥٣٣) ويُزيد كل من عمر شاهين ويحيى الرخاوى (١٩٧٧) أمر الفصام تفصيلاً عندما يشيران إلى أنه يعنى تفكك مكونات النفس وانفصالها ، ويشمل ذلك ثلاثة أبعاد هى :

١) تفكك مستويات النفس وأبعادها (حالات الأنا أو مستويات الوجود أو مستويات المخ) فالمستوى الأقدم مثلاً ينفصل عن المستوى الأحدث ويعملان فى وقت واحد وفى محيط الوعى ذاته فى تنافس وتعارض ، ومن ثم يختلط الأمر وتظهر الأعراض .

٢) تفكك الوظائف النفسية عن بعضها : بمعنى أن الوظائف العقلية والانفعالية والأدائية - الحركية تنفصل عن بعضها فيعمل كل منها فى وادٍ أو نشاط دون مراعاة لنشاطات الوظائف الأخرى . فالتفكير فى وادٍ أو نشاط ، والعاطفة فى وادٍ أو نشاط آخر ، والأداء الحركى (العمل) ربما وافق أحدهما وخالف الآخر ، وقد يختلف معهما تماماً . وهكذا تنفصم عُرى الشخصية وتصبح غير متناسقة فلا تعمل ككل مترابط وتعجز عن تأدية وظيفتها .

٣) تفكك داخلى فى الوظائف ذاتها : ويعنى انفصام مقومات كل وظيفة على حدة من حيث أجزائها ومكوناتها ، فالتفكير مثلاً يفقد انتظامه وتسلسله وترابطه ومنطقيته ، ولا يعبر عن فكرة مركزية معينة فيبدو عشوائياً متداخلاً ضحلاً . كما تتحلل الانفعالات ذاتها وتنفصل عن بعضها فتتداخل وتتذبذب وتختلط فيما بينها ؛ كاختلاط الغضب بالخوف والفرح فى آن واحد ، وبالمثل تتفكك وحدات الأداء الحركى أو العمل فتصبح غير متصلة ولا هادفة .

كما يشيران إلى أن هذه الدرجات من التفكك والانفصال يلحق بعضها بعضاً ، فالدرجة الأولى تحدث فى بداية العملية الفصامية بينما تحدث الدرجة النهائية عند استتباب المرض وإزمانه . (عمر شاهين ويحيى الرخاوى ١٩٧٧ : ٢٦٢-٢٦٤) .

ويختلف الفصام عما يسمى بازدواج الشخصية أو تعدد الشخصيات الذى هو أحد أعراض الهستيريا التفككية - كما سيتبين فيما بعد - حيث تتوارى فيه الشخصية

الحقيقية للمريض لبعض الوقت الذى يتقمص خلاله شخصية أخرى أو أكثر فيسلك تبعاً لنمطها المتسق المميز ثم يعود إلى شخصيته الأصلية ، بينما فى حالة الفصام فإن الشخصية الحقيقية ذاتها للمريض تتصدع وتتناثر وتعمل أجزاؤها بشكل منفصل كأن يكون التفكير فى ناحية والانفعال فى ناحية أخرى . ويشبه حامد زهران (١٩٩٧) حال الشخص المفصوم بالساعة التى فقدت الرابطة بين تروسها وأصبحت عاجزة عن أدائها الوظيفى .

أعراض الفصام :

يمكن حصر أهم المظاهر الدالة على الفصام فيما يلى (عمر شاهين ويحيى الرخاوى ١٩٧٧ : ٢٧٣-٢٨٤) :

أولاً : اضطرابات التفكير :

أ - غموض التفكير وسطحيته ، تفكك الأفكار وعدم ترابطها (سلاطة الكلام Word Salad) وربما يلجأ المفصوم إلى نوع من الترابط لا يعتمد على المعنى وإنما على رنين الألفاظ (ترابط الرنين) مما يزيد من تباعد المعانى وتنافرها ، ظاهرة التكثيف Condensation حيث تعنى الجملة الواحدة معنيين أو أكثر فى ذات الوقت ، قد يبدو الكلام مضحكاً نتيجة لتناثر الأفكار وعدم ترابطها ، التفكير العيانى أى أخذ معنى الألفاظ والكلام بحرفيته دون التفكير التجريدى بالخلوص إلى معناه الشامل أو مفهومه العام وتعميم ذلك على العناصر والمواقف الأخرى المشابهة فى المجال الإدراكى ، فإذا ما طلب إلى الشخص المفصوم توضيح معنى مثل عامى من مثل "يعمل م الحبة قبة" يمكن أن يقول حبة على حبة تبقى قبة ، ومن ثم يفشل فى النفاذ إلى المعنى التجريدى الممكن استخلاصه من هذا المثل وهو النظرة غير الواقعية للأمور ونزوع المرء إلى المبالغة فى تقدير الأشياء وتضخيمها بأكثر من اللازم .

ب- اضطراب مجرى التفكير : ويبدو فى العرقلة Blocking أى توقف الفكر فجأة لفترة قصيرة فى موضوع ما ثم تحوله بعدها لموضوع آخر ، ويختلف ذلك عن كف التفكير الذى يحدث فى حالات الاكتئاب ويبدو فى بطء التفكير بدرجة ملحوظة لكنه يظل محتفظاً بترابطه وتماسكه ، ضغط الأفكار نتيجة لتصادم أكثر من فكرة وتنافس هذه

الأفكار معا للظهور فى آن واحد ، عدم مقدرة الفرد المفصوم على ملاحقة أفكاره ، فقر الأفكار وضحالتها ، الترميز شديد الخصوصية وابتداع كلمات أو لغة خاصة جديدة لا معنى لها مما يعوق الفهم والتواصل ، تداخل الواقع بالخيال إلى حد الامتزاج ، واختلاط الأحداث فى تفكير المفصوم فتبدو كما لو كانت شبيهة بما يحدث أثناء الحلم .

جـ- اضطراب نوعية التفكير حيث يخضع التفكير لعاطفة المفصوم ورغباته اللاشعورية (تفكير عاطفى) كما يغرق فى أفكار قديمة ويتبع قواعد أوليـة طفلية (تفكير أثرى) .

د - اضطراب محتوى التفكير إذ ينصب التفكير على الرغبات الخاصة بالمريض ويستمد مادته من الخيالات الذاتية غير المنظمة ، ومن الهذاءات (الأوهام الباطلة بالعظمة أو الاضطهاد) ومن الوساوس والأفكار المرضية وتوهم المرض .

هـ- اضطراب التحكم فى التفكير حيث يشكو المفصوم من أن الأفكار إما تقتحم دماغه اقتحاماً أو تُنتَزع من رأسه وتسحب منها سحباً دون إرادته ، أو من أنها تذاع على الملأ خلال وسائل الإعلام مثلاً رغماً عنه .

ثانياً : اضطراب الإدراك :

أ - اضطراب إدراك الذات وصورة الجسم وإدراك العالم الخارجى .

ب- هلوسات سمعية وبصرية وشمية ومذاقية ، وصور وأخيلة مختلفة كأن يشكو المفصوم من سماع أفكاره أو صداها ، أو سماع آخرين يتحدثون عنه أو يعلقون على أفعاله أولاً بأول .

جـ- اضطراب أبعاد الذات .

ثالثاً : اضطراب الإرادة :

من أعراض ذلك شعور المفصوم بأن أفكاراً تقتحم عقله أو تُنتَزع منه لدرجة أن الآخرين يقرؤنها ويذيعونها دون إرادته ، وبأن أفراداً يسمعهم يناقشون أمره ويعقّبون على تصرفاته ويوجهون سلوكه ، شكوى المفصوم من أفعال تُفْرَض عليه ومن عواطف مُقْحَمة

على وجدانه لا يريدها ولا يمكنه مقاومتها ، التردد وعدم الثبات والعجز عن اتخاذ القرارات وتنفيذها ، القابلية للاستهواء والطاعة الآلية كما فى حالة التشكل أو المرونة الشمعية ، العزوف عن العمل والإنتاج أو التحصيل الدراسي ، تبرير التصرفات بقوى خارجية : كالإشعاعات والسحر والعملاء والمؤامرات ، وفقدان الإرادة والإحساس بالذات وربما يصل الأمر إلى الاعتقاد بالانتماء إلى عالم آخر : كالنبات أو الجمادات ، أو الحيوانات أو الطيور مثلاً .

رابعاً : اضطراب السلوك الحركي :

ويبدو فى أنماط سلوكية حركية متعارضة وغير متناسقة مما يدل على أن الشخص المفصوم تحت سيطرة أكثر من دافع ، أو أكثر من مركز نشط فى المخ فى وقت واحد ، الطاعة الآلية والأوضاع التخشبية ، الحركات الخاصة كالدوران فى مكان محدود ، أو مداومة النظر إلى موضع القدمين مثلاً ودون توقف لفترة طويلة ، حركات أخرى غريبة دالة على اضطراب محتوى الفكر وشذوذه .

خامساً : اضطراب العاطفة :

ومن مظاهره التبلد الشعورى وعدم التجاوب الانفعالى - تذبذب العواطف وتقلبها ، الانفجارات الانفعالية اللاإرادية - تباين العواطف وعدم ملاءمتها أو عدم التناسب الانفعالى Incongruity مع محتوى الفكر أو طبيعة الموقف ومجرى السلوك ، فقد يستجيب المفصوم لخبر سار بالصراخ ولخبر مكدر بالضحك ، وقد ينفعل بالبكاء أو الابتسام أو الذعر دون وجود مثير حقيقى واقعى لذلك - تناقض العواطف وثنائيتها إذ توجد العاطفة ونقيضها فى الوقت ذاته إزاء شخص أو موقف واحد : كالمرح والاغتمام ، والنشوة والرعب ، سيطرة العواطف البدائية كالهلع والغضب مما قد يدفع بالمفصوم إلى سلوكيات طائشة فجائية عدوانية وعنيفة .

أنواع الفصام : للفصام فئات وأشكال اكلينيكية متعددة من أهمها :

١) الفصام البسيط Simple : وهو لا يعكس أعراضاً فصامية صارخة أو حادة : كالأوهام والهذاءات والهلاوس ، ولعل أهم ما يميزه أن تدهور الشخصية فيه يحدث ببطء مستمر قد يستمر لعدة سنوات ، ويتم الانفصال عن الواقع بصورة تدريجية . ويبدو

فى تناقص الاهتمام وقلة الاكتراث بأمور العالم الخارجي وشئونه وبالعلاقات الاجتماعية والانسحاب ، وفى تدنّى مستوى الطموح حيث يرضى المريض بالقليل من أى شيء ، كما يتميز باللامبالاة إلى حد تبلد الشعور والعواطف فيبدو المريض كما لو كان مخبولاً ضعيف العقل وفاقدا لطعم الحياة ، وضعيف الإرادة وخجولاً ومياalاً للعزلة والانطواء ، وقد يعانى من بعض الصعوبة فى الانتباه والتفكير التجريدى .

ويشير أحمد عكاشة (١٩٩٢ : ٢٩٤) إلى أن هذا النوع ينتشر بين مرضى الفصام وفى الطبقات الاقتصادية الاجتماعية الدنيا ، وبين المدمنين والمجرمين والمنحرفين جنسياً ، ومتوهمى العلل البدنية حيث يغلب أن يعانى هؤلاء جميعاً من الاضطرابات الوجدانية وتبلد الانفعالات وجمودها ، ومن فقدان الطموح والاهتمامات .

٢) الفصام المبكر أو المراهقى (الهيبفرينى) Hebephrenic : ويبدأ عادة قبل سن العشرين أو فى سن المراهقة وبصورة فجائية . ويعتبر حالة متدهورة من تفكك الشخصية إذ يتسم السلوك بالبدائية والطفلية والنكوص بشدة إلى مرحلة الطفولة الأولى ، فقد يزحف المريض أو يحبو على الأرض ، أو يتعرى أو يتبول علناً دون خجل أو اعتبار للآخرين . كما تغلب عليه البلاهة وسطحية المشاعر وعدم التجاوب العاطفى فربما يسمع خبراً مفجعاً دون أن تهتز مشاعره . كما يبدو الاضطراب واضحاً فى عملية التفكير من خلال اللامنطقية والأوهام والهلاوس السمعية ، بالإضافة إلى عدم الاكتراث لا بالحالة الصحية الجسمية ولا بالنظافة الشخصية ولا بالمظهر العام .

٣) الفصام الهياجى والتصلبى (الكتاتونى) Catatonic : ويسمى أحياناً بالفصام الحركى إذ يغلب عليه اضطراب السلوك الحركى سواء بالزيادة والإفراط فى النشاط الحركى إلى حد الانفجار فى نوبات هياج وعنف وتحطيم فجائية لكل ما حوله دون معنى أو مبرر موضوعى ظاهر ، أم بهبوط هذا النشاط الحركى إلى حد السُبات Stupor والغيبوبة الكتاتونية والذهول والجمود العضلى ، إذ تعترى المفصوم حالة تخشب جسمية ونفسية حيث يداوم على وضع حركى معين Posturing يثبت عليه لساعات طويلة متجمداً على هيئة معينه دون حراك (كهيئة الجنين مثلاً) لا يدرى بما يحيط به ، حتى إذا ما حركه فرد آخر من مكانه أو غيَّر من وضع ذراعيه أو ساقيه

مثلاً فإنه يتشكل على الوضع الجديد دون مقاومة بمثل قابلية المادة الشمعية للتشكيل ، وهو ما يطلق عليه بحالة المرونه الشمعيه " Waxy Flexibility " . كما يتصف هذا النمط من الفصام بالسلبية المطلقة Negativism ورفض الطعام والشراب وعدم الاكتراث بالحالة الجسمية وبالنظافة والمظهر ، ورفض الإجابة عن أية أسئلة وأحيانا الاستجابة بعكس الرد على السؤال ، ومن أعراضه أيضا الأتوماتيكية Ato-matism حيث يقوم المفصوم الكتاتونى بالتقليد الحرفى لما يراه من حركات أو إشارات أو كلام ، واضطراب الكلام فقد يفقد المريض الكلام تماما ، أو يختلط كلامه ، وقد ينزع لتكرير ما يسمعه بنفس النغمة واللهجة ، أو يبتدع لغة خاصة به لا يفهمها أحد ، وتنتابه حركات نمطية مملة Sterotype كالهز المستمر لأحد الأطراف أو الرأس أو القدمين بحيث لا يتوقف عن ذلك لمدة طويلة .

٤) الفصام الهُذائى (الضلالى أو البارانويدى) Paranoid : ويبدأ عادة بعد سن الثلاثين ، وقد لا تتدهور فيه شخصية المريض مثلما هو الحال فى الفصام الهيبفرينى . ومن أهم ما يميزه سيطرة الأوهام والهذاءات الغريبة غير المنطقية المبالغ فيها والثابتة نسبيا ، وهذه الهُذاءات إما تكون هذاءات اضطهاد أو هذاءات عظمه أو كليهما ، وغالباً ما تكون مصحوبة بهلاوس سمعية كأن يسمع المفصوم أصواتا تهدده أو تلقى عليه أوامر ، وربما صفيرا أو همسا أو ضحكا وهلاوس شمية أو تذوقية ، وقليلا ما تحدث هلاوس بصرية ، إضافة إلى اضطرابات عملية التفكير والتباين فى العواطف والانفعالات .

ويختلف الفصام البارانويدى عن اضطراب الهذاء أو البارانويا فى أن الأخير لا يكون مصحوبا بهلاوس وتدهور فى الشخصية ، كما يتميز بقوة الضلالات وتنسيقها ، وطغيان الشخصية وسيطرتها وقوة تأثيرها وعدم ثقتها فى الآخرين .

٥) اكتئاب ما بعد الفصام Post Schizophrenic Depression : وهو عبارة عن نوبة اكتئابية تميل لأن تكون بسيطة أو متوسطة الشدة عقب اضطراب فصامى ، وبحيث تكون هناك بعض الأعراض الفصامية مع أعراض نوبة اكتئابية لمدة أسبوعين على الأقل .

٦) فصام متبقى Residual Schizophrenia : وهو عبارة عن استمرار بقايا مزمنة من

بعض الأعراض أو الاختلالات السلبية الفصامية التى تعقب اضطرابا فصاميا بحيث تكون قد مضت سنة على الأقل انخفضت فيها كثافة ومعدل الأعراض الشديدة : كالضلالات والهلاوس ، وعدم وجود أى سبب مرضى مخى عضوى آخر ، أو اكتئاب مزمن ، والبقاء طويلا فى المستشفيات . ومن أهم الأعراض الفصامية السلبية التى يستدل منها - إضافة للمؤشرات السابقة - على الفصام المتبقى قلة النشاط ، والتبلد الوجدانى ، والسلبية وانعدام المبادرة ، الفقر فى كمية الكلام ومضمونه ، وفى العناية بالذات وفى الأداء الاجتماعى ، والقصور فى أنماط التواصل غير اللفظى كتعبيرات الوجه والعينين ونبرات الصوت . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٣٠١)

أسباب الفصام :

١ - عوامل وراثية : أسفرت نتائج دراسات مختلفة تناولت دور العوامل الوراثية فى الفصام سواء بدراسة تاريخ حياة عائلات المرضى به ، أو المصابين به من توائم متماثلة (ذات تكوين جينى واحد) ومن توائم متشابهة (Kallman 1946, Gottasman, et al 1966, Kringlen 1967, Coleman & Broen, 1972) وتبين من النتائج أن نسبة كبيرة من المرضى بالفصام ينتمون إلى عائلات ينتشر هذا المرض بين أفرادها ، فطبقاً لنتائج كالمان (١٩٤٦) إذا كان الوالدان مصابان بالمرض فإن نسبة من يصابون به من أبنائهم وأحفادهم تصل إلى ٦٦٪ تقريباً .

كما تبين من الدراسات أن نسبة الإصابة بالفصام لدى التوائم المتماثلة تكاد تبلغ ٧٥٪ من الحالات ، ويغلب أن تكون بقية الحالات شبه فصامية Schizoid ، ويشيع الفصام بنسبة أقل من ذلك لدى التوائم المتشابهة ، وتصل نسبة الإصابة به بين الأولاد حوالى ١٦٪ إذا ما كان أحد الوالدين مصاباً به ، بينما يبلغ احتمال توريث المرض للنسل أقصاه - بنسبة ٤٠ ٪ تقريبا - إذا كان الوالدان معا فصاميين . (وليم الخولى ، ١٩٧٦ : ٤٠٤) .

ومع ذلك فإن الرأى الأكثر قبولاً بين العلماء فى الوقت الراهن هو أن الفرد لا يرث المرض ذاته ، وإنما يرث استعدادا مسبقاً يهيؤه لاحتمال الإصابة به مستقبلاً ، بحيث إذا صادف ذلك الاستعداد عوامل حيوية كمرض جسمى ، أو بيئية نفسية كالصدمات العنيفة

والصراعات والضغوط فإنه - أى الاستعداد - يتفاعل معها وقد ينتج الفصام عن ذلك ، وهو ما يعنى أن الإصابة به تتوقف على مدى استعداد الفرد الوراثى وقسوة ما يتعرض له من ظروف .

٢ - عوامل تكوينية وعصبية وفسيولوجية : يربط بعض العلماء بين البنية الجسمية النحيلة ، أو النمط الخارجي التركيب / العقلى (المخى) والإصابة بالفصام* ويرى باحثون آخرون أن الفصام قد يرجع إلى وجود خلل أو تغيرات تشريحية فى الجهاز العصبى المركزى ، لا سيما فى ضوء ما أسفرت عنه نتائج بعض البحوث من أن عددا كبيرا من مرضى الفصام يتميزون بزيادة حجم بطينات المخ وبعض الضمور فى الخلايا العصبية ، كما يعانون من الخلل فى النصف الأيسر من المخ خاصة فى الفص الجبهى والصدغى (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٢٦٢ - ٢٦٣) .

كما ذهب بعض العلماء إلى أن الفصام ينشأ نتيجة للتغيرات الفسيولوجية الكيميائية والهرمونية الناتجة عن اضطرابات الغدد الصماء خاصة المصاحبة للبلوغ الجنسى والحمل والولادة (النفاس وانقطاع الطمث مؤقتاً) وما يترتب على ذلك كله من توتر وقلق ، بالإضافة إلى بعض الاضطرابات فى التمثيل الغذائى . ويشير باحثون آخرون (عمر شاهين ويحيى الرخاوى ١٩٧٧ : ٢٦٩ - ٢٧١) إلى أن الربط سواء بين تغيرات الجهاز العصبى أو التغيرات الفسيولوجية الخاصة بالغدد ومرض الفصام مازال موضع شك من قبل العلماء والباحثين ومثار لتساؤلات عما إذا كانت تلك التغيرات تعد أسباباً لمرض الفصام أم أنها نتائج مترتبة عليه .

وللفصام تفسيرات أخرى قائمة على افتراض وجود تغيرات فسيولوجية وكيميائية داخل جسم مرضى الفصام ، حيث وجد أن استخلاص بروتين معين من دم مرضى الفصام يسمى بالتاراكسين Taraxein وإعطائه لأفراد عاديين يؤدى إلى ظهور أعراض فصامية وقتية لديهم ، كما أن تعاطى العاديين لعقار الأمفيتامين Amphetamine - الذى يساعد على تنشيط دوائر المخ - بجرعات كبيرة يؤدى إلى ظهور أعراض فصامية هذائية عليهم ، مثلما يلاحظ أيضا من أن تعاطى بعض عقاقير الهلوسة والحشيش يحدث اضطرابات فى التفكير والإدراك والانفعالات (خلط وهلاوس وهذاءات) قريبة الشبه بما يحدث فى حالات الإصابة بالفصام .

* راجع نظريات الأنماط التكوينية .

٣) عوامل بيئية :

أ - الاحباطات البيئية والصدمات القاسية والخبرات المشبعة بالفشل فى تحقيق الحاجات النفسية . كالحاجة إلى الحب والأمن وإلى النجاح وإلى التقدير ، ويذكر بعض الباحثين أن الأسباب المرسّبة للفصام عادة ما تتعلق بإهانة الذات أو التهديد بالترك ، أو التعرض للاختبار فى الحياة فقد يتعلق بعمل أو دراسة يكون المفصوم قد وضعها مكافئة لوجوده ، فالطالب الذى يَعُد نجاحه فى الثانوية العامة مسألة حياة أو موت ، يشعر بأن وجوده ذاته يتهدد إذا ما شعر أن نجاحه فى امتحانها يتهدد - أو إذا ما رسب فيها بالفعل - ومن ثم قد ينسحب من هذا الوجود أو الواقع إن كان مهيئاً وراثياً وتربوياً لذلك فيصاب بالفصام (عمر شاهين ويحيى الرخاوى ١٩٧٧ : ٢٧٢)

ب - اضطراب المناخ الأسرى وتصدع العلاقات بين الوالدين ، واضطرابها بين الوالدين والطفل ، والمشكلات العائلية ، استخدام أساليب والدية تتسم بالقسوة والتسلط والسلبية وعدم التقبل ، شخصية الوالدين لاسيما الأم العصبية القلقة والعدوانية المتسلطة والمهملة ، والوالد السلبى القاصر ، العلاقات الزواجية المتوترة غير المستقرة والمفتقرة إلى الحميمية والتواصل العاطفى ، أنماط الاتصال الخاطئ بين أعضاء الأسرة مثلما تبدو فى غموض المعانى واللغة الشاذة ، والتشويش والخلط ، والاتصال المحير الذى يؤدى إلى نشوء ما يسمى بالرابطة المزدوجة Double Bind حيث يؤدى الاضطراب الانفعالى للوالدين إلى حيرة الطفل والتردد بين أن يفعل الشئ أو لا يفعله بحيث يُعاقَب فى كلا الحالين مما يجعله نهبا لمشاعر الشك والارتياب والقلق والصراع .

جـ - التغيرات الثقافية والحضارية الشديدة والمفاجئة كالتى تصاحب الهزات الاقتصادية والكوارث الاجتماعية والهجرة إلى بيئة جديدة مع وجود عوامل مرسبة للمرض ذاته (حامد زهران ١٩٩٧ : ٥٣٦) .

٤) عوامل شخصية :

من العوامل المعجّلة بظهور الفصام وجود مجموعة من الخصائص والسمات تميز ما يطلق عليه بالشخصية الشبه فصامية أو الفصامية Schizoid والتى هى أكثر استهدافا للإصابة بالفصام وتتميز بسمات منها ما يلى : العزلة وعدم الاختلاط بالناس والانطواء ، الهدوء والخجل وفرط الحساسية ، والخيالية والبعد عن الواقع والاستغراق فى أحلام

اليقظة ، صعوبة التعبير عن الانفعالات ، الكتمان والانغلاق ، السلبية والعجز عن مواجهة المشكلات .

ويفسر المحللون النفسيون الفصام على أنه نكوص شديد وارتداد إلى مرحلة بدائية طفلية لم تشبع فيها الحاجات النرجسية إلى التقبل والأمن والحنان التى تمكن الشخص من بناء علاقات مطمئنة مع الآخرين ... لذا فإنه عندما تشتد عليه الضغوط فى مرحلة نمو لاحقة كالمراهقة ويفشل فى مواجهة الواقع ، أوعندما يحتدم الصراع بين الأنا والهى بحيث لا يحتمل التوتر الناجم عن هذا الصراع ، فإن الأنا لا تملك سوى الإذعان التام للهى مما يؤدى إلى الإعراض عن الواقع والانسحاب منه والنكوص إلى المرحلة البدائية الطفلية لفض الصراع وخفض التوتر ، ومن ثم تسيطر على سلوكه الأخيلة التدميرية وأوهام الاضطهاد ، والأنماط الفكرية والكلامية البدائية وغيرها من الأعراض . ويكون الانفصال عن الواقع حاداً وشديداً فيتمركز المريض حول ذاته وينطوى ، ويتجنب العلاقات الاجتماعية ، بل ويحجم تماماً عن التفاعل العادى مع العالم الخارجى (الواقع) الذى هو مصدر حرمانه ... لذا يقال إنه يمتص الطاقة الليبيديه إلى داخله بدلاً من توجيهها للخارج محاولاً التغلب على الواقع والوصول إلى الإشباع المنشود بطرقه الخاصة التفكيرية واللغوية ومن خلال الهذاءات والأوهام ... إلخ .

وهكذا تتركز أسباب الفصام من وجهة نظر التحليل النفسى فى الخبرات الطفولية المشبعة بالحرمان والألم ، وبالصراعات الحادة بين مكونات الجهاز النفسى ، وبالضغوط الاجتماعية والمواقف الإحباطية فى المراهقة .

بينما يرجع السلوكيون الفصام إلى عادات سيئة متعلمة وثابتة تنشأ نتيجة للتفاعل غير المناسب أو الخاطئ مع البيئة كالإنسحاب والانطواء والعجز عن تقبل الواقع والمثالية والإغراق فى أحلام اليقظة ، وعندما يزداد الضغط الخارجى ويحتدم الصراع النفسى يلجأ الفرد إلى الهروب من المواجهة الواقعية .

وتؤكد اتجاهات أخرى جديدة على العلاقة الارتباطية بين الفصام وباثولوجية الأسرة والمناخ الأسرى حيث يؤكد أكرمان Ackerman على المناخ الوجدانى المضطرب وما يشيع فيه من جمود وموت وجدانى Affective Deadness يفضى إلى الاكتئاب ، كما يؤكد بوين Bowen على فجاجة الوالدين ، وعلى علاقة المفصوم بأمه كعامل حاسم فى نشأة

الاضطراب ، وكذلك على التباعد الوجدانى بين الوالدين أو ما أسماه بالطلاق العاطفى Emotional Divorce وأثره فى التمركز الشديد للأم حول الطفل محفوفا بقلقها وهمها الزائد وعدم توافقها العاطفى الزواجى أصلا ، كما عنى باتسون Batson بتوضيح أثر ما أسماه بالرابطة المزدوجة التى تنشأ لدى الطفل نتيجة التعارض والتناقض فيما يتلقاه من رسائل ضمنية انفعالية والدية خلال تنشئته ، حيث يؤمر بأن يفعل الشئ ثم يؤمر بطريقة أخرى ألا يفعله مما يوقعه فى التخبط وعدم التمييز والصراع . وذهب ليدز Lidz إلى أن اضطراب العلاقات بين الوالدين فى الأسرة المرضية يؤدى إلى الاعوجاج فى المناخ العائلى وإلى الانقسام الذى يتمثل فى العلاقة الباردة المقفرة من أى مشاعر حارة بين الوالدين ، وهو ما ينعكس فى التكوين المشوه لشخصية الطفل ويؤهله للاضطراب الفصامى . وقد تبين أن آباء معظم المفصومين سلبيون قاصرون ، وأمهاتهم مسيطرات عدوانيات .

علاج الفصام :

ا) العلاجات الطبية :

أ - استخدام بعض العقاقير المهدئة ومنها مجموعة الفينوثيازين : كالسبارين والسكويل والستيلازين والميليريل ، ومجموعة البيتيروفينون : كالهلوبريدول والترايبدول ، ومجموعة الثيوكسانثين كالفلوناكسول والنافين والكلوبكسول وذلك وفقا لما يقرره الطبيب المتخصص وبالجرعة التى يحددها .

ب - استخدام الصدمات الكهربائية لاسيما بالنسبة للحالات الحادة والكتاتونية والحالات البادئة منذ فترة بسيطة ، والمصحوبة بخمول وانسحاب وقلق ، وبأعراض وجدانية اكتئابية أو انبساطية فى حدود حوالى ٦ - ٨ جلسات بمعدل اثنين أو ثلاث أسبوعيا ، ويستعمل عادة مصاحباً للعقاقير أو يتأخر عنها قليلاً فى الحالات السابقة .

جـ - إجراء جراحى لقطع الدوائر العصبية المسهمة فى توصيل واستثارة الاستجابات المرضية الهذائية والهلوسية وذلك بالنسبة للحالات الكتاتونية المزمنة والمستعصية وعندما تفشل العلاجات الأخرى . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٣٣٨)

٢) العلاجات النفسية :

وتستهدف بصفة عامة إعادة تنظيم شخصية المفصوم وإعادته إلى عالم الواقع وربطه به ، وتنمية استبصاره ، وإكسابه مهارات جديدة وتنمية ثقته بنفسه وتقوية الأنا ، وإتاحة الفرص الإيجابية لتنمية الشخصية ، والتخفيف من حدة الصراع والقلق . ومن بين أنواع العلاج النفسى : التحليل النفسى ، العلاج الجماعى ، العلاج بالعمل وبالفن ، والعلاج الاجتماعى والأسرى والعلاج باللعب .

٣) العلاج البيئى :

عن طريق اتخاذ الإجراءات الكفيلة لتعديل بيئة المريض وإصلاحها بما يعزز تقدم المريض تدريجياً نحو الشفاء . وهذا النوع من العلاج له أهميه فائقة لاسيما عند اكتشاف الفصام مبكراً قبل أن يزمن ويستقر . إلا أن ذلك لا يعنى أنه يفتقد قيمته فى الحالات الحادة .

الهذاء (الضلال)

Delusion

يسميه البعض جنون العظمة وجنون الاضطهاد ، كما يطلق عليه أيضا باليونانية بارانويا Paranoia وأهم ما يميز هذا الاضطراب هو سيطرة مجموعة من الأوهام والضلالات (الأفكار الخاطئة والمعتقدات الباطلة) على الفرد بشكل منتظم ومحكم وثابت .

وعادة ما يتغير سلوك مرضى البارانويا بقدر ما توحى لهم تلك الأوهام والضلالات ، وبقدر ما يكون لها من قوة اقناعية يأتى السلوك مسايراً للأوهام تبعاً لنوعيتها وشدتها وهى تطغى على بصيرتهم ... لذا يكرسون جزءاً كبيراً من طاقاتهم وجهودهم لتبريرها والدفاع عن صحتها المزعومة ولإقناع الآخرين بها . وربما يصاحب هذه الأوهام هلاوس حاسية تبدو كما لو كانت مدركات حاسية حقيقية واقعية يعون بها ، كأن يرى بعض مرضى البارانويا مناظر معينه أو يشمون رائحة كريهة أو يسمعون أصواتاً داخلية تهددهم

أو تأمرهم وتنهاهم أو تؤيدهم وتساندهم وهكذا . كما قد تسيطر على بعض الحالات أخيله معينه .

إلا أنه برغم ذلك كله فإن شخصية المصاب بالبارانويا تبقى على تماسكها وانتظامها نسبياً ، كما تظل على اتصالها بالواقع إلى حد معقول إذ تسير أوهامه وهذا ماته جنباً إلى جنب مع حياته الطبيعية ومن هنا تختلف حالة الهذاء (البارانويا) عن بعض الاضطرابات العقلية الأخرى كالفصام .

ففى الفصام يغلب التفكك على شخصية المفصوم بدرجة شديدة سواء بين وظائفها العقلية والانفعالية والسلوكية أم داخل كل فئة من هذه الوظائف ، مما يؤدى إلى الانفصال تماماً عن الواقع والانسحاب أو الهروب منه ، وحتى فى حالة الفصام الهذائى (البارانوى) فإن الأوهام التى تسيطر على المفصوم الهذائى تظهر بصورة غير منتظمة أو متسلسلة وثابته ، وذلك على العكس من حالة البارانويا النقية فالشخصية لا تتصدع أو تتفكك بل إن بعض الباحثين أشار إلى أن مرضى البارانويا ينظمون لا شعورياً إمكاناتهم لمقاومة النزعة إلى الانهيار والتفكك .

كما تختلف البارانويا عن حالات مرضية أخرى هى الهوس والاكتئاب والتى يعتبر المظهر الواضح لخلل الشخصية فيها هو اضطراب الجانب الانفعالى أو الوجدانى أساساً ثم ما يتبعه بعد ذلك من اضطرابات أخرى تترتب عليه .

أعراض البارانويا :

من أهم الأعراض الاكلينيكية للبارنويا :

١) هذاءات وأوهام العظمة " Delusion Of Grandeur " ويسيطر فيها على المرضى اعتقادات باطلة بأنهم أنبياء مثلاً أو شخصيات تاريخية أو قادة سياسيون أو عسكريون أو اجتماعيون ، أو أنهم عباقرة أو موهوبون أو ذوو قدرات غير عادية أو خارقة ... ، وأنهم سيغيرون مسار التاريخ ووجه الحياة ، وعادة ما يضفى المريض بجنون العظمة على نفسه مظاهر الأبهه والفخامة ويتباهى بنفسه ويفاخر ويتعالى ويتمركز حول ذاته ، كما يتبنى أهدافاً يستحيل بلوغها واقعياً . كما يتسم بحدة

المزاج والطبع والتسلط والعدوان والخروج على القواعد والأصول المرعية وإثارة المشكلات فى مجال عمله .

٢) هذاءات وأوهام الاضطهاد " Delusion Of Persecution " ويسيطر فيها على المرضى أوهام وضلالات اضطهادية كالاعتقادات بأنهم عرضة لتآمر الآخرين وكيدهم وتجسسهم ومتابعتهم أينما ذهبوا ، والتوهم بأن الآخرين يدبرون لهم الخطط والمكائد لإيذائهم وتحطيمهم بطرق شتى (دس السم فى الطعام ، إطلاق الشائعات المغرضه ، التدبير لفصلهم من الدراسة أو العمل ... إلخ) . وعادة ما يتسم المريض بجنون الاضطهاد بالشعور بالنقص وعدم الكفاءة ، وبالخوف والشك والريبة ، وبالغيرة والحقد والكراهية والعداء خاصة نحو من يتوهم أنهم يضطهدونه أو يتجسسون عليه أو يتآمرون ضده أو يخونونه ، كما يميل إلى الانتقام ، وقد ينتهى به الأمر إلى الاكتئاب .

ويورد حامد زهران (١٩٩٧ : ٥٤٦) أعراضاً لهذاءات أخرى هى الهذاء الجنسى ، كاعتقاد بعض المرضى بأن فرداً من الجنس الآخر ذو مركز أو شهره يحبه ويبعث له رسائل غرامية عبر الراديو أو التليفون أو عن طريق البريد ، أو الاعتقاد بوقوع خيانه زوجية ، وهذاء المشاكسة كإثارة المشكلات والعناد وتخطيئ الآخرين والإلحاح فى المطالبة بالحقوق واستعجالها ، وهذاء الغيرة عندما تتسم بالعمق والشدة وتكون متأصلة فى الشخص بلا مبرر .

هذه الضلالات قد تكون :

أ - اضطرابات ضلالية مستمرة Persistent : تكون فيها الضلالات طويلة المدى لثلاثة شهور على الأقل وغير متجانسة .

ب - اضطراب ضلالى : ويتمثل فى وجود واحدة أو مجموعة من الضلالات المترابطة المستمرة ربما لطول العمر ، وربما تصاحب ببعض الأعراض الاكتئابية أو الهلاوس الشمية واللمسية .

أسباب البارانويا :

١) عوامل واستعدادات شخصية قبل الإصابة بالمرض : فقد يتصف الفرد بسمات

الشخصية البارانويدية ، وتتطور هذه السمات تبعاً لنمو الفرد . ففى الطفولة تتسم الشخصية بالوحدة والعزلة الاجتماعية ، والتقلب الانفعالى والحزن والتبرم والامتعاض من النظام . ومع اضطراد النمو يغلب على الشخصية شدة الحساسية للنقد والمبالغة (جعل الحبه قبه) ، والتذمر والأنانية والتمركز حول الذات والعدوان . وفى مرحلة الرشد تتسم بالجمود والتزمت وعدم التسامح إزاء النقد ، وبالغيرة والاستخفاف بالآخرين ، وبالتسلط والتفكير الخرافى (حامد زهران ، ١٩٩٧)

٢) عوامل بيئية أسرية : تشيع الإصابة بالبارانويا فى أفراد ينتمون إلى أجواء أسرية مشبعة بالشك والتشدد ، وبالتسلط والنقد والتهديد ، كما يشيع فيها الشعور بالتهديد وعدم الأمن والانعزالية ، مما يساعد على تهيئة الفرد بالاستعداد النفسى للإصابة بالمرض إذا ما توفرت بقية العوامل المؤدية إلى ذلك .

٣) عوامل نفسية : ومنها الصراع النفسى والشعور بالتهديد وبالإحباط نتيجة الهزيمة أو الفشل فى المنافسة أو الحب ، أو نتيجة تأخر الزواج أو العنوسة ، أو نتيجة للحرمان الجنسى ، ومنها أيضاً الخبرات الصادمة للفرد .

علاج البارانويا :

١) العلاج الطبى : باستخدام العقاقير والأدوية خاصة من فصيلة الفينوثيازين لتهدئة المريض وجعله أكثر استعداداً لتقبل العلاج النفسى ، واستخدام الصدمات الكهربائية .

٢) العلاجات النفسية : وتقوم أساساً على إنشاء علاقة قوامها الطمأنينة والثقة بين المعالج والمريض ، ثم العمل التدريجى المتواصل على تطوير شخصية المريض وتقريبها إلى الواقع ، وحل المشكلات والصعوبات التى تعترض إدراكاته الواقعية سواء بالنسبة لذاته ولمقدراته واستعداداته الحقيقية (خاصة فى حالة هذاءات العظمة) أم بالنسبة للآخرين (فى حالة هذاءات الاضطهاد) والتأكيد على العلاج التدعيمى لتنشيط الجوانب السليمة من الشخصية ، والتأهيل النفسى والتربوى والمهنى والاجتماعى لزيادة استبصار المريض بنفسه وبما يمكنه ممارسته ، وكذلك استبصاره بالآخرين مع التزام الحذر على الأقل فى بداية العلاج من مهاجمة أوهام المريض ومعتقداته .

ثانياً : الاضطرابات المزاجية (الوجدانية)
Mood (Affective) Disorders

يشمل التصنيف الدولى العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية الاضطرابات التالية ضمن هذه الفئة :

١- النوبة الهوسية Manic Episodes : ومنها هوس خفيف الشدة Hypomania ، وبدون أعراض ذهانية ، وبأعراض ذهانية .

٢- اضطرابات وجدانية ثنائية القطب Bipolar : نوبات حالية خفيفة الشدة ، وبدون أعراض ذهانية ، أو بأعراض ذهانية ، ونوبات حالية اكتئابية متوسطة أو خفيفة الشدة ، بدون أعراض جسمية أو مع أعراض جسمية ، ونوبات اكتئاب شديدة بدون أعراض ذهانية ، أو مع أعراض ذهانية ، ومختلطة .

٣- النوبة الاكتئابية Depressive Episodes: خفيفة ، وبدون أعراض بدنية ، أو مع أعراض بدنية ، متوسطة ، وبدون أعراض جسمية ، أو مع أعراض جسمية ، شديدة بدون أعراض ذهانية ، أو مع أعراض ذهانية .

٤- اضطراب اكتئابى متكرر Recurrent خفيف الشدة ، بدون أعراض جسمية أو مع أعراض جسمية ، متوسط الشدة ، بدون أعراض جسمية أو مع أعراض جسمية ، حادة الشدة بدون أعراض ذهانية أو مع أعراض ذهانية .

٥- اضطرابات مزاجية مستمرة Persistent ومنها المزاج الدورى Cyclothymia وعسر المزاج Dysthmia .

٦- اضطرابات مزاجية أخرى .

ونعرض فيما يلى لكل من الهوس والاكتئاب والاضطراب الثنائى (هوس - اكتئاب) والاضطرابات المزاجية المستمرة .

الهوس Mania *

من بين ما يطلق عليه ذهان المرح ، وهو اضطراب يغلب عليه الشعور المبالغ فيه بالمرح والانبساطية ، كما يتميز بفرط النشاط الحركى ، وغزارة الأفكار وتطايرها ، والتهيج الانفعالى . وهو معاكس تماماً للاكتئاب الذى تتمثل أعراضه بشكل إجمالى فى كل من الانقباض والاغتمام ، وصعوبة التفكير ، وبطء النشاطات النفسحركية .

أعراض الهوس :

أ - اشتداد النشاط والحيوية ، والشعور بالابتهاج والسعادة المفرطة دون مبررات معقولة لذلك ، والرضا عن النفس ، وتبدو الطاقة النفسحركية لدى المريض كما لو كانت لا نهائية .

ب- التسرع والتشتت والتعجل فى العمليات العقلية ، ويبدو ذلك من خلال التحول السريع من فكرة إلى أخرى ومن موضوع إلى آخر ، وتبدل النشاطات ، وعدم التحكم فى السلوك أو ضبط التصرفات .

جـ- سرعة الاستثارة والهياج والغضب ، والاعتداء على الآخرين بشكل عنيف ، وتحطيم الأشياء .

د - السلوك الاندفاعى المنفلت الذى يصعب التحكم فيه ، ويبدو فى نزوع المريض إلى تنفيذ كل ما يخطر على باله دون اعتبار لأى شىء .

هـ- القلق واضطراب النوم والشعور بالتعب والإعياء .

و - زيادة ملحوظة فى الطاقة والنشاط الجنسى .

ز - الهُذَاءات لا سيما هذاءات الأهمية والعظمة والسيطرة والاستعلاء ، وتطاير الأفكار وتشتتها .

---

* استخدم المصطلح كثيراً للدلالة على الولع الزائد بصفات أو ارتكاب أفعال معينة منها : هوس الحريق Pyromania ، هوس السرقة Kleptomania ، هوس الكتب Bibliomania ، هوس العظمة Megalomania ، هوس الشراب (تعاطى الكحول) Drinkingmania ، هوس الاغتيال Homicidomania .

ح - اضطراب الوعى بالزمان والمكان وفقدان الاستبصار .

النوبات الهوسية :

يلاحظ أن النوبات الهوسية ذات درجات متفاوتة الشدة ، وغالباً ما تزيد فى الصباح عنها فى المساء ، وربما استمرت النوبة لأيام أو أسابيع مما يترتب عليه إنهاكاً شديداً نفسياً وجسمياً للمريض . ومن الضرورى فى تشخيص النوبة الهوسية ضرورة التحقق من أنها واحدة ولم يسبقها نوبات اكتئابية أخرى .

١- هوس خفيف Hypomania :

ويلاحظ فيها الزيادة فى الطاقة النفسحركية وكثرة الكلام ، والحديث عن مشروعات ومغامرات وطموحات ، وظهور الاعتداد بالنفس والزهو ، وزيادة الألفة بالآخرين والمشاركة الاجتماعية بشكل ملحوظ ، وقلة الرغبة فى النوم وزيادة النشاط بأكثر من المعدل المعتاد ، والإيحاء المتزايد بارتفاع الروح المعنوية ، وربما يصاحب ذلك بعض اختلال فى التركيز والانتباه وعدم استقرار إلا أن كل هذه المظاهر لا تكون بالشدة التى تعوق الفرد عن قيامه بالعمل والوظائف الاجتماعية .

٢- هوس بدون اعراض ذهانية :

وهى نوبة شديدة وتستمر لمدة أسبوع على الأقل ، وتتميز بزيادة ملحوظة فى النشاط النفسحركى واضطراب النوم والأرق ، ومشاعر العظمة والزهو والتفاؤل المفرط وتضخم تقدير الذات ، وبعض مظاهر الاندفاع السلوكى والتهور فى التصرفات .

٣- هوس مع اعراض ذهانية :

وهى نوبة من الهوس الحاد Acute Mania أو فرط الهوس Hypermania وتنزع فيها الأعراض النمطية الشديدة للظهور وهى فرط النشاط النفسحركى والتهيج الانفعالى وفيض الأفكار وغزارتها . حيث تبدو هذاءات العظمة والاستعلاء واضحة وربما تحولت إلى ضلالات ، كما يصل التطاير فى الأفكار والتشتت فى الحديث إلى الحد الذى ربما يصبح فيه كلام الشخص غير مفهوم ، وتكثر الخيالات والأوهام ويتصاعد الهياج والنشاط الحركى فلا يكاد يتوقف طوال ساعات الصحو ، ويصحب ذلك القيام بأعمال عنف ضد

النفس والآخرين والأشياء التى تقع فى متناوله ، ويتزايد إهمال المريض لاحتياجاته من الطعام والشراب والنظافة الشخصية ، كما يمتنع نومه ويستحيل التفاهم معه .

ويفسر الهوس من الوجهة التحليلية النفسية ، وكذلك الاكتئاب (السوداء أو الملانخوليا Melancholia) فى ضوء النكوص للمرحلة الفمية من النمو النفسجسمى والتى يؤدى التثبيت عليها إلى زيادة حدة التمركز حول الذات والتناقض الوجدانى ، ونضوب مشاعر الحب وظهور الكراهية لدى الفرد ، ويرى أصحاب النظرية التحليلية أنه بينما ترتد تلك المشاعر والدفعات العدوانية نحو الذات لاتهامها وإدانتها وقد تصل إلى حد الانتحار فى حالات الاكتئاب ، فإنها تتوجه أو تنطلق نحو الخارج فى صورة اندفاعات محمومة من الثرثرة والمرح وهذاءات العظمة والنشاط الزائد فى حالات الهوس .

الاكتئاب Depression

هو حالة من الشجن المتواصل والحزن المستمر لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنها تنجم عن خبرات أليمة وأحداث مؤثرة انفعالياً قد مرت به . وتتميز هذه الحالة بهبوط فى الطاقة النفسية والحركية ، والشعور بالإعياء من أقل مجهود ، وبالقلق وعدم الارتياح ، وفقدان الاهتمام بالناس والأشياء والأحداث ، والنشاطات والهوايات والترفيه ، وعدم المقدرة على الاستمتاع بالحب والأحاسيس المبهجة فى الحياة . كما تتميز بسيادة مشاعر اليأس والذنب وفقدان القيمة والحيثية والثقة بالنفس ، واللامبالاة بالأحداث الجارية ، وفقدان المقدرة على التركيز والتحكم أو الضبط والتوجيه الذاتى ، ويصاحب بعض الحالات هذاءات وأوهام وهلاوس ، كما تشيع لدى الحالات الحادة أفكار أكثر سوداوية تدور حول العدمية والموت ، والمحاولات الانتحارية .

ويعد الاكتئاب خفيف ومتوسط الشدة من أكثر أشكال الاضطرابات شيوعاً وانتشاراً بعد القلق ، وعادة ما يحدث لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور .

أعراض الاكتئاب :

أجرت منظمة الصحة العالمية WHO (١٩٨٣) دراسة عن الاضطرابات الاكتئابية فى

الثقافات المختلفة شملت عينة قوامها ٥٧٣ فرداً (٥٨.٩٪ إناث ، ٤١.١٪ ذكور) من المصابين باكتئاب لا يعزى لعيوب جسمية أو شيخوخة أو تسمم أو إلى تلف بالمخ ، وتراوحت الأعمار الزمنية لأفراد العينة بين ١٠ و ٧٠ سنة ، وقد تم اختيار العينة من خمس مناطق ريفية وحضرية من بعض البلدان النامية والمتقدمة وهى إيران (طهران ن = ١٠٧) وكندا (مونتريال ن = ١٠٨) وسويسرا (بازل ن = ١٣٦) واليابان (نجازاكى ن = ١٠٨ ، وطوكيو ن = ١١٤) ، وتبين من نتائج هذه الدراسة ما يلى :

١- أكثر الأعراض وجوداً فيما بين ٧٦٪ و ١٠٠٪ من أفراد العينة هى :

الحزن ، انعدام الابتهاج ، و القلق ، التوتر ، عدم النشاط ، فقدان الاهتمام ، فقدان المقدرة على التركيز ، الأفكار الموحية بالشعور بالقصور وعدم الكفاءة وانعدام القيمة .

٢- أكثر الأعراض شيوعاً فيما بين ٥١٪ و ٧٥٪ من أفراد العينة هى :

اليأس ، العدوان ، التهيج ، اضطراب الأداء الاجتماعى ، بطء التفكير وتخلفه ، عدم البت ، تغير فى إدراك الوقت ، الأفكار الانتحارية ، التخلف النفسى الحركى ، انعدام الاتصال بالناس ، نقص فى الشهوة الجنسية ، الاستيقاظ مبكراً ، عدم المقدرة على النوم ، النوم المتقطع والمضطرب ، نقصان الشهية ، تغير وزن الجسم ، مشاعر الضغط والألم .

٣- أكثر الأعراض وجود فيما بين ٢٦٪ و ٥٠٪ من أفراد العينة هى :

الأحاسيس الموحية بالشعور بالذنب ولوم الذات ، وسواس المرض ، الهياج النفسى الحركى ، مزاج أسوأ فى الصباح ، الإمساك ، أعراض بدنية أخرى .

٤- أكثر الأعراض وجوداً فيما بين ١٪ و ٢٥٪ من أفراد العينة هى :

الأفكار الموحية بالفقر ، والشعور بالاضطهاد ، وبالاستهداف ، والأوهام الموحية بالشعور بالذنب ، أوهام وسواس المرض ، مزاج أسوأ فى المساء ، وأوهام أخرى ..

تصنيف الاكتئاب :

ويصنف الاكتئاب من حيث درجاته إلى نوبات متفاوتة الشدة تتراوح ما بين الحالات

الطفيفة الخفيفة والحالات الحادة المصحوبة بأعراض ذهانية ، كما يصنف من حيث مدى ديمومته إلى اكتئاب تفاعلى Recative موقفى أو قصير ، واكتئاب مزمن Chronic .

١- نوبة اكتئابية طفيفة أو خفيفة الشدة Mild Severity : وهى أقرب إلى عسر المزاج ، ويكون المزاج الاكتئابى أو متلازمة الاكتئاب فيها أمرا مؤكدا ، حيث يشعر المرء بالهم وفقدان الاهتمام ، كما ينتابه الإحساس بالتعب . وغالباً ما يكون المريض قادراً على مجابهة مطالب الحياة اليومية وممارسة معظم نشاطاته ولكن بصعوبة . ويلاحظ فى هذه النوبة غياب سمات الهياج والأوهام والأفكار الانتحارية . كما يلاحظ أنها ربما تنشأ لظروف واقعية عارضة أو لظروف نفسية ، وغالباً ما تزول بزوالها دون خدمة طبية نفسية متخصصة .

٢- نوبة اكتئابية متوسطة الشدة Moderate Severity : وتؤدى إلى اضطراب الروتين اليومى للمريض وصعوبة قيامه بالأداء الاجتماعى والمهنى لكنها لا تعجزه تماماً . ويلاحظ فى هذه النوبة وجود تعطل وأفكار خاصة بعد الكفاءة والفاعلية وأفكار أخرى ذات مضمون اكتئابى وبعض الهياج مع عدم وجود أوهام . ومن الضرورى لتشخيصها إضافة إلى ما سبق استمرارها لمدة أسبوعين على الأقل .

٣- نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية Severe Episode Without Psychotic Symptoms : وتكون مصحوبة بهياج ملحوظ وأوهام اكتئابية ، وأفكار أو خطط أو محاولات انتحارية ، وكذلك باضطراب الأداء الاجتماعى أو تعطله تماماً ، ويستخدم فى تشخيصها أيضاً ضرورة استمرارها لدى المرء لمدة أسبوعين على الأقل إلا إذا كانت ذات بداية سريعة جداً .

٤- نوبة اكتئابية حادة مع أعراض ذهانية Severe Episode With Psychotic Symp-toms ويطلق عليها أيضاً اكتئاب ذهانى ، وذهان اكتئابى تفاعلى ، وهى مثل النوبة السابقة إلا أنها تتضمن أطوارا حادة وذهولية وضلالات وهلاوس وبطء نفسحركى قد يتطور إلى حالة من السُبات ، وعلامات أخرى تنذر بتهديد حياة المريض من بينها الاضراب عن الطعام ، وهياج يصعب السيطرة عليه ، أو أعمال اندفاعية انتحارية وهو ما يطلق عليه بالسوداوية الفجائية .

ويمكننا تلخيص أهم الفروق بين الاكتئاب خفيف الشدة (العصابى Neurotic) والاكتئاب حاد الشدة مع أعراض ذهانية (الذهانى Psychotic) فى الجدول التالى :

جدول (٣) يوضح أهم الفروق بين الاكتئاب العصابى والاكتئاب الذهانى

اكتئاب خفيف الشدة (عُصابى)	اكتئاب حاد الشدة (ذهانى)
- أسبابه نفسية واقعية غير عميقة الجذور لولا استعداد الفرد للعصاب لتغلب عليها .	- أسبابه عميقة الجذور ، ووراثية بدرجة أكبر ، وأسرية بدرجة أقل .
- بطء فى النشاط العقلى واضطراب محدود نسبياً فى التفكير والوعى يظل برغمه المريض على اتصال بالواقع .	- اضطراب وتدهور فى النشاط والوظائف العقلية ، كالتفكير والإدراك والانتباه والوعى بشكل واضح يفقد معه الفرد اتصاله بالواقع ، ويعجز حتى عن التمييز والتعرف على بيئته وبالنسبة للأشخاص والأزمنة والأمكنة ، ذهول وضلالات وهلاوس .
- هبوط محدود فى الطاقة النفسحركية .	- تدهور الطاقة النفسحركية حيث يعجز المريض تماماً عن التعاون أو النشاط أو الحركة والقيام بمتطلبات الحياة اليومية .
- لياقة الحالة الصحية الجسمية العامة ، والمظهر العام ، رغم بعض الشكاوى المرضية الجسمية .	- تدهور الحالة الجسمية حيث الضعف والهزال والارتخاء العضلى والعزوف عن الطعام والشراب ، وقد لا يتبول المريض ولا يتبرز أو حتى يبتلع لعابه ، ولا يكترث تماماً لا بمظهره ولا بنظافته .
- نظرة تشاؤمية قد تبدو معها الحياة بلا أمل ومزاج حزين لا يصاحبه جمود انفعالى تام .	- سوداوية وجمود انفعالى تام ، لا مبالاة وعجز عن التجاوب الانفعالى مع المثيرات المختلفة ، فلا يشعر المريض بأية عاطفة أو تجاوب مع المثيرات السارة ، وكأنه فى غيبوبة ذاهل حتى عن التعبير عما وصل إليه من أقصى درجات الانقباض والتشاؤم والحزن .
- اتجاهات سلبية نحو الذات (مشاعر ذنب وإثم وتحقير ...) لذا قد يُلَوّح بعض المرضى مهددين بالانتحار لكنهم يترددون ولا يقدمون عليه .	- تحقير الذات والشعور بالذنب إلى حد عدم الرغبة فى الحياة والاعتقاد بعدم استحقاق الفرد لها . ومن ثم ينزع المريض لا شعورياً بقوة إلى الانتحار وقد لا يعوقه عن التنفيذ سوى عجز أو بطء نشاطه الحركى .
- يعى باضطرابه وغالباً ما يسعى للعلاج .	- غير مدرك تماماً لحالته ومن ثم لا يسعى للعلاج .

أسباب الاكتئاب :

١- عوامل وراثية : تؤكد نتائج بعض البحوث شيوع الاضطرابات الوجدانية عموما والاكتئاب خصوصا بين التوائم المتشابهة والأقارب ، وقد كشفت نتائج دراسة منظمة الصحة العالمية السابق الإشارة إليها (١٩٨٣) عن وجود اضطراب وجداني لدى أقرباء مرضى الاكتئاب في ٢٨.٣ ٪ من الحالات الداخلية المنشأ ، ولدى ١٩.٧ ٪ من الحالات النفسية المنشأ أي لدى ٤٨ ٪ من أفراد العينة الإجمالية .

٢ - عوامل بيوكيميائية : نتيجة اضطراب الإفرازات الهرمونية أو الجهاز العصبي ، حيث يلاحظ ظهور أعراض الاكتئاب لدى الإناث مثلا أثناء فترة الطمث ، وأثناء ما يطلق عليه سن اليأس أي بعد توقف افرازات الهرمونات الجنسية كما يبدو المزاج المتقلب مسيطرا أثناء فترة ما بعد الولادة ، ومع تناول أقراص منع الحمل .

٣ - عوامل نفسية وشخصية : كخصائص الشخصية الأكثر استهدافا للاضطراب ومنها : سمات الشخصية المنطوية : كالخجل والانسحابية ومحدودية الأصدقاء والاهتمامات والحساسية والسلبية والاعتمادية ، التردد والحذر والمحافظة ، والشعور بالنقص وعدم الكفاية وتدني مفهوم الذات . المعاناة من بعض الأعراض في الطفولة ، الأمراض الجسمية المزمنة ، الكرب النفسي المستمر سواء الاجتماعي أم العائلي أم النفسجنسي أم المهني ، الشعور بالوحدة والفراغ ، وبعدم الأهمية نتيجة التقاعد أو العنوسة أو الشيخوخة أو الفشل المتكرر ، التوتر الانفعالي المستمر والإحباطات الشديدة والصدمات : ككارثة الخامس من يونيو ، والأحداث المفجعة : كفقد شخص عزيز أو فقد ثروة أو مكانة اجتماعية ، أو الشرف أو الكرامة ... وغيرها مما يؤدي إلى الإحساس بالضياع واليأس .

٤ - أسباب بيئية اجتماعية : ومن بينها الأساليب الوالدية اللاسوية في التنشئة : كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم ، الخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين أو أحدهما ، التفكك الأسري والانفصال المبكر للوالدين أو عنهما ، الخلافات الوالدية الشديدة واضطراب المناخ الأسري .

وقد رأى فرويد أن الاكتئاب ينطوي على نكوص للمرحلة الفمية نتيجة الإفراط أو التفريط في عملية الإشباع خلال تلك المرحلة ، وعدم النضج الكافي للأنا ، فهي لا

تتعامل مع الموضوع (الأم) على أساس تبادل الأخذ والعطاء ، ولكن على أساس الأخذ وحده فى كل وقت وبدون حساب ، مما يزيد من التمركز حول الذات والتناقض الوجدانى نحو موضوع الحب المفقود والنقمة عليه برغم الاحتياج الشديد له والاعتماد عليه . لذا عندما يتعرض هذا المرء لخيبة أمل شديدة - خسارة ما أو فقدان عزيز لديه - يتولد لديه إحباط آخر وغضب وقلق لا شعورى خوفا من الهجر ، ثم يمتص هذا الغضب ويحوله إلى ذاته كنقمة عليها بدلا من النقمة على الموضوع ، ومن ثم يكرهها وينزع إلى اتهامها والحط من قدرها والإمعان فى تعذيبها مما يؤدى إلى الاكتئاب الذى ربما يقود فى النهاية إلى الانتحار حيث يرتد العدوان أو غريزة الموت إلى نفسه بعد أن لم تجد متنفساً لها فى العالم الخارجى .

أما السلوكيون فيرون أن الاكتئاب يحدث نتيجة لانسحاب مصادر التعزيز المعتادة أو غيابها من حياة الفرد : كالزواج أو الوظيفة أو الثروة أو النجاح ، ونتيجة لذلك يقل معدل نشاطه وإذا لم يستشعر الفرد تعزيزا وتدعيما وتعاطفا ومساندة من قبل الآخرين لاستعادة المعدل المعتاد لنشاطه ، فإنه يأخذ فى المزيد من التدهور حتى ينسحب تماما ويكتئب . وأكد باحثون آخرون - آرون بيك وسيلجمان - على الدور الهام الذى يلعبه الإدراك الواعى والنشاط المعرفى لدى الفرد فى نشأة الاكتئاب ، فالمكتئبون غالبا ما يفكرون بطريقة غير منطقية ، ويقللون من شأن الإنجازات ومواطن القوة ، وينزعون إلى تجسيم الفشل ونواحى العجز ، وتؤدى خبراتهم السابقة المشوبة بالكرب والمشقة لأن ينظروا إلى أنفسهم كعاجزين ... لذا عندما يواجهون موقفا طارئا فإنهم يشعرون بعدم الكفاءة واليأس ويحل الاكتئاب لديهم محل القلق (دافيدوف ، ١٩٨٦ : ٦٧٤ - ٦٧٥) ومن ثم يعول هؤلاء الباحثون علي تعديل هذا التفكير السلبى باستخدام العلاج المعرفى للاكتئاب .

الاضطراب الوجدانى الثنائى
(ذهان الهوس - الاكتئاب)
Bipolar Affective Disorder

يطلق عليه أيضا الذهان الوجدانى Affective Psychosis ، وذهان

الـهوس – الاكتئاب ، والذهان أو " الجنون " الدورى Cyrcular Psychosis ، ويتأرجح المصاب بهذا الاضطراب – فى حالاته النموذجية بين نوبتين متناقضتين هما المرح والنشوة وزيادة الطاقة النفسحركية وتطاير الأفكار (هوس) من جانب أحيانا ، والمزاج المبتئس وهبوط الطاقة النفسحركية (اكتئاب) من جانب أحيانا أخرى ، هذه النوبات قد تكون متلاصقة أو منتظمة ، تفصل بينها فترات طويلة أو قصيرة ، والمعتاد أن " تبدأ نوبات الهوس فجأة وتستمر لفترة تتراوح بين أسبوعين وأربعة أو خمسة شهور (٤ شهور في المتوسط) أما الاكتئاب فيميل إلى الاستمرار لفترة أطول (٦ شهور فى المتوسط) وإن كانت نادرا ما تتجاوز العام إلا فى كبار السن " (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٣٤٧)

ويلاحظ أنه خلال الفترة ما بين كل نوبة وتلك التي تليها يكون سلوك الفرد عاديا ومزاجه طبيعيا ، ولهذا الاضطراب صور عديدة هى كما يلى ووفقا لما تكشف عنه النوبة الحالية التى تسيطر على المريض :

١ – اضطراب وجدانى ثنائى – نوبة هوس بسيط Hypomania :

وينسحب عليها ما سبق ذكره فى الهوس البسيط ، ويكون قد سبقها نوبة بسيطة هوسية أو اكتئابية أو مختلطة .

٢ – اضطراب وجدانى ثنائى – نوبة هوس بدون اعراض ذهانية :

وتنطبق عليها خصائص الهوس بدون أعراض ذهانية وبحيث تسبقها نوبة هوس بسيط أو هوس أو اكتئاب أو نوبة مختلطة .

٣ – اضطراب وجدانى ثنائى – هوس مع اعراض ثنائية :

وينطبق عليها خصائص الهوس المصحوب بأعراض ذهانية ، وأن تسبقها نوبة هوسية بسيطة أو اكتئابية أو مختلطة .

٤ – اضطراب وجدانى ثنائى – نوبة اكتئاب بسيطة او متوسطة الشدة :

وينطبق عليها خصائص النوبة الاكتئابية البسيطة أو المتوسطة ، مع وجود نوبة سابقة هوسية أو مختلطة .

٥ - اضطراب وجدانى ثنائى - نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية :

وتستوفى شروط النوبة الاكتئابية الشديدة بدون أعراض ذهانية بحيث تسبقها نوبة هوسية .

٦ - اضطراب وجدانى ثنائى - نوبة اكتئابية حادة بأعراض ذهانية :

وتستوفى شروط النوبة الاكتئابية حادة الشدة مع وجود أعراض ذهانية تسبقها نوبة هوسية أو مختلطة .

٧ - اضطراب وجدانى ثنائى - نوبة مختلطة :

ويظهر فيها خليط من الأعراض الهوسية الاكتئابية ، كما يجب أن تسبقها نوبة هوسية أو اكتئابية أو مختلطة . وتبدو على العكس من الصورة النموذجية للاضطراب والتى تأخذ شكل تعاقب نوبات الهوس - الاكتئاب بينها فترات طويلة أو قصيرة . حيث تتضمن النوبة المختلطة أعراض متداخلة من المزاج الهوسى كهذاءات العظمة والاستعلاء والمرح وفقدان الاهتمام وخمود الهمة ونقص الرغبة الجنسية وإهمال المظهر الشخصى والنظافة .

اضطرابات مزاجية (وجدانية) مستمرة

Persistent Mood (Affective) Disorders

وهى عبارة عن اضطرابات طفيفة أو بسيطة الدرجة تتفق مع النوبات الهوسية أو الاكتئابية خفيفة الشدة ، لكنها يغلب أن تكون مستمرة ومتواصلة أو مزمنة فى حياة الفرد البالغ ، وتشمل المزاج الدورى أو النوابى وعسر المزاج .

١ - المزاج الدورى (النوابى) Cyclothymia :

ويتميز ذوو المزاج الدورى بالميل لتغير المزاج وبالمشاعر الدورية وتبدل الأحوال المزاجية بين الانشراح والانطلاق وخفة الحركة والود والانبساط والتعاطف مع الآخرين من ناحية ، والحزن والاغتمام وهبوط النشاط النفسحركى ، وغالبا ما يكون هذا التبدل فى نطاق المدى السوى أو الحدود العادية ، وليس بالشدة أو طول المدى الذى تتميز به حالات الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب ، إلا أنه ربما يتطور ليصل فى حدته لمثل هذه الحالات . لذا يطلق

على ذوى المزاج النوابى أحيانا الشخصية شبه الدورية Cycloidpersonality . وتشيع تلك الحالات أكثر بين أقارب أولئك الذين يعانون من الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب .

٣ - عسر المزاج Dysthymia :

ويتمثل فى اعتلال مزاجى مزمن ذو طبيعة عصابية قد يستمر لسنوات ، ويتشابه مع حالات الاكتئاب بسيط الشدة حيث يشعر الفرد ربما لشهور متواصلة بالضيق وعدم الارتياح وبأنه ليس على ما يرام ، وبالإجهاد والتعب ، كما يضطرب نومه وتهبط روحه المعنوية ، ويشكو من بعض الإمساك والصداع ، إلا أنه عادة ما يمارس حياته الاعتيادية . وقد يشار إلى هذا الاضطراب أحيانا بالاكتئاب العصابى Neurotic Depression .

علاج الاضطرابات المزاجية :

١ - العلاج الطبى : يلعب العلاج الطبى دورا رئيسـاً فى الاضطرابات المزاجية لا سيما بالنسبة للحالات الشديدة والحادة نظرا لعدم استبصار المريض فيها بحالته التى ربما تهدد حياته ، ونظرا لأنه يهيئ المريض ويجعله أكثر استعدادا للعلاج النفسى فيما بعد . ومن أهم وسائل العلاج الطبى :

أ - العلاج بالعقاقير المضادة للهوس بغرض السيطرة على حالة الهياج وعدم الاستقرار النفسى الحركى : كالنيورازين والبروماسيد ، ومركبات الليثيم ، والعقاقير المضادة للاكتئاب كالماريلان والنارديل والبارنيت ، والتوفريل والتوفرانيل والأنافرانيل والتريبتيزول ، والفيفالان والفافارين والسيبرام والبروزاك ، وذلك وفقا لنوعية العقار والجرعة التى يحددها الطبيب المختص .

ب - العلاج بالجلسات الكهربائية : وتعد من أقوى العلاجات بالنسبة للاكتئاب ، حيث يشفى مرضى الاكتئاب الشديد المصحوب بأعراض ذهانية بنسبة تتراوح بين ٨٠ و ٩٠ ٪ باستخدام العقاقير مع العلاج الكهربائى ، ويحتاج الأمر إلى حوالى من ٦ : ٨ جلسات (بمعدل جلستين أو ثلاث أسبوعيا) .

جـ - العلاج الجراحى : ويستخدم بالنسبة لحالات الاكتئاب الشديدة المصحوبة بقلق وتهيج ولديها أفكار انتحارية ، وبحيث لا يكون لديها نوبات هوسية سابقة ،

وذلك عندما لا تستجيب لمحاولات متعددة من استخدام العقاقير والكهرباء ، وتتم العملية الجراحية بقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهى فى المخ والثلاموس . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٣٩٢ - ٤٠٦)

٢ - العلاج النفسى : ويهدف العلاج النفسى إلى فهم مشكلات المريض وصراعاته ، وإمداده بالمساندة الوجدانية والدعم النفسى وتشجيعه على مقاومة الأفكار السوداوية وإخراجه من وحدته ، وتنمية اعتباره للذاته وبث روح الثقة وإحياء مشاعر الأمل فى نفسه ، وتنحية مشاعر الذنب والإثم ، وشغل وقت فراغه بالأنشطة البناءة كالقراءة والرياضة والفنون والأعمال اليدوية . ومن المفيد أيضا بالنسبة للمصابين بالهوس خاصة تنمية مهارات التحكم والضبط الذاتى للسلوك ، وتصريف نشاطهم الزائد فى أعمال ايجابية ومفيدة .

وتستخدم فى هذا الصدد طرقا مختلفة كالعلاج التحليلى والسلوكى والمعرفى والعلاج بالعمل والفن والموسيقى والعلاج الترويحى .

٣ - العلاج الاجتماعى : ويهدف إلى تقليل الضغوط البيئية الاجتماعية المسهمة فى الاضطراب ، وعلاج البيئة الأسرية وتعديل أنماط التفاعل والاتصال بداخلها ، والدعم الاقتصادى والاجتماعى فى حالة الضرورة ، وتأهيل المريض للحياة الاجتماعية ومتابعته .

ثالثاً : الاضطرابات النفسية (العصابية)

Neurotic & Somatoform Disorders

طبقاً للتصنيف الدولى العاشر للأمراض (I C D -10) تتضمن هذه الطائفة من الاضطرابات ما يلى :

١- اضطرابات القلق الرهابى Phobic Anxiety : كرهاب الأماكن المتسعة ، والرهاب الاجتماعى ، وأنواع الرهاب من موضوعات محددة .

٢- اضطرابات قلق أخرى كاضطراب الهلع ، والقلق المعمم ، والقلق والاكتئاب المختلط .

٣- اضطراب الوسواس القهرى Obsessive Compulsive .

٤- اضطرابات الانعصاب (الكرب والمشقة) Sever Stress كاستجابة الكرب الحادة Acute Stress ، وانعصاب ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress ، واضطراب التوافق .

٥- اضطرابات تفككية وتحولية (هستيريا) Dissociative & Conversion ومنها اضطرابات فقدان الذاكرة ، والشرود ، والخدار ، وتعدد الشخصية ، والتلبس ، والتشنجات ، وفقدان الإحساس .

٦- اضطرابات جسمية الشكل Somatoforms كالتبدين (التجسدن) Somatization ، وتوهم المرض ، والاضطراب ذو الشكل الجسمى غير المميز ، والخلل الوظيفى ذو الشكل الجسمى فى الجهاز العصبى المستقل ، واضطراب الألم ذو الشكل الجسمى .

٧- اضطرابات عصابية أخرى : كالوهن (النهك) العصبى Neurasthenia ، وزملة تهدد الشخصية والعالم الواقعى Depersonalization Derealization Syndroms .

ونعرض من بين تلك الاضطرابات لنموذجين هما الهستيريا وعصاب الوسواس - القهر .

الهستيريا Hysteria

اشتق المصطلح من لفظة يونانية Hystera وتعنى الرحم ، حيث كان قدماء اليونان يطلقون عليه مرض الرحم ظناً منهم أنه يصيب النساء دون الرجال نظراً لانقباضات الرحم وتحركاته داخل جسم الأنثى كما ساد الاعتقاد نفسه لدى المصريين القدماء . وقد أطلق على مرض الهستيريا فى العصور الوسطى مرض الشيطان لاعتقادهم أن أرواحاً شريرة تتملك المصابين به . ثم أخذت هذه الأفكار تتعدل وتتغير بتجدد معرفتنا عن طبيعة هذا الاضطراب حيث أعلن شارل لبوا Le Poi فى مطلع القرن السابع عشر أنه يصيب الذكور والإناث وأن مصدره المخ وليس الرحم ، حتى جاء شاركو Charcot خلال القرن التاسع عشر ليفسر الهستيريا على أساس أنها استجابة لعوامل نفسية لدى بعض الأفراد المهيئين وراثياً لها ، وأفاض من بعده تلميذه جانيه Janet فى تناول هذه العوامل النفسية ، ثم

تبعه فرويد وبروير Breuer وركزا على علاج الهستيريا باستخدام طرق التنويم والتداعى الحر فضلاً عن تفسيرها فى إطار المقولات الفرويدية . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢:١٦١-١٦٤) .

وينظر إلى الهستيريا على أنها تعبير عن استجابة الفرد بشكل لا شعورى هروبى من الشدائد والضغوط والإجهادات والصراعات التى يعانيها ، بحيث تتحول هذه الضغوط والصراعات إلى خلل فى أعصاب الحس أو الحركة أو الأحشاء لا يكون له أساس من تلف عضوى أو فسيولوجى ، وقد تأخذ شكلاً تفككياً كفقدان الذاكرة أو الهُجَاجْ .

وهى تشيع لدى الأطفال والمراهقين لعدم نضوج الجهاز العصبى ، وكذلك فى مرحلة الشيخوخة التى يأخذ الجهاز العصبى خلالها فى الضمور ، كما تحدث لدى أفراد الجنسين وإن كانت نسبة شيوعها لدى الإناث أعلى من مثيلتها لدى الذكور .

وتعبر أعراض الهستيريا عموماً عن سوء التوافق الشخصى والاجتماعى للفرد ، وفشله فى مواجهة المواقف والمشكلات التى تعترضه وما يترتب عليها من توتر وقلق . لذا ينزع المريض إلى حيل لا شعورية هروبية - دون أن يدرك دوافعه إلى ذلك - تعفيه من تحمل مسئولياته ومواجهة مشكلاته فيبدو غالباً كما لو كان عاجزاً يستدر عطف الناس ويسألهم رعايته . ويُنظر إلى السلوك الهستيرى على أنه هروب من القلق الشديد الناجم عن المواقف والصراعات النفسية القاسية المؤلمة التى لا يحتمل الفرد مواجهتها ، وتصوَّر أعراض هذا السلوك على أنها بدائل للقلق فإن ظهرت يصبح الفرد غير قلقاً والعكس صحيح .

انواع الهستيريا وأعراضها :

تصنَّف الهستيريا إلى نوعين هما :

١- الهستيريا التحولية Conversion :

وتتحول فيها الضغوط النفسية والمكبوتات والقلق وما يترتب على ذلك كله من اضطراب انفعالى بشكل لا شعورى إلى أعراض جسمية غريبة تتخذ من أحد أعضاء الحس أو الحركة أو الأحشاء مركزاً لها ، ودون أن يكون لذلك سبب عضوى أو فسيولوجى ، ويعد هذا التحويل وما يترتب عليه من خلل أو أعراض بمثابة حل رمزى لصراعات المريض . ومن بين أعراض الهستيريا التحولية ما يلى :

أ - أعراض حركية : كالشلل الهستيرى Paralysis فى أحد الأطراف أو الشلل النصفى أو الكامل ، فقدان الصوت أو الخرس الهستيرى Aphonia ، الرعشة وارتجاف الأطراف Tremors غير المنتظم ، اللزمات أو النفضات الحركية Tics التى تبدو من خلال تقلصات عضلات الوجه أو حركات اليدين أو الأكتاف أو الرقبة أو ارتعاش جفون العينين أو مداومة ضبط الملابس كرابطة العنق مثلاً ، النوبات الهستيرية Fits التى تتراوح شدتها بين إغماءات بسيطة وهيجان عصبى شديد يعقب ضغط نفسى أو أزمة انفعالية ، والغيبوبة الهستيرية Coma ، والاضطرابات الجلدية Dermatities Artefacta ، والجوال الهستيرى Gaits أو السير كما لو كان المريض تحت تأثير مسكرات أو مخدرات .

ب- أعراض حاسية : كالعمى الهستيرى والصمم الهستيرى وفقدان الشم والتذوق الهستيرى ، والألم الحاسى الهستيرى وفقدان الحساسية الجلدية Anaesthesia فى منطقة جسمية أو أكثر ، والخدار الهستيرى أو انعدام الحساسية العامة .

جـ - أعراض حشوية : كفقدان الشهية . والصداع ، والشعور بالغثيان ، والقىء الهستيرى ، والحمل الكاذب .

د - أعراض أخرى : كاضطراب الوعى ، والطفلية الهستيرية ومنها أن يتحدث المريض كالأطفال مثلاً ، والسعال الهستيرى ، والبرود الجنسى .

ويذكر دانييل لاجاش أن الصراع فى الهستيريا التحولية يأخذ صورة أعراض جسمية تكون بمثابة تحقيق بديل عن رغبات لا شعورية ... وأن كل عرض منها إنما يحمل معنى يمكن تفسيره ، فالعمى الهستيرى قد يعنى " لا أريد أن أرى " كما أن استحالة المشى أو صعوبته معناه " أريد أن أذهب إلى أماكن محرمة ... ولكى لا أفعل هذا فلن أذهب إلى أى مكان " (لاجاش ١٩٧٩ : ١٤٦) . وهكذا فإن لكل عرض معناه فى إطار حالة المريض والظروف التى نشأ فيها أو يواجهها ، فالغيبوبة الهستيرية لدى طالب يعانى من ضغوط وتشديدات والديه على ضرورة الحصول على مجموع مرتفع قد تعنى الهروب من قلق الامتحان والتشديد الزائد من قبل الوالدين على التفوق . والقىء الهستيرى لدى فتاة جامعية مثلاً قد يكون حلاً رمزياً لصراعها الشديد بين رغبتها فى الزواج والحمل ، ورفضها لفكرة الزواج عندما تكرهها الأسرة عنوة على الارتباط بشاب لا تميل إليه أو

لتخوفها من الحياة الزواجية أو لانشغالها بالدراسة . كما أن الشلل الهستيرى الذى ربما يحدث فى اليد اليمنى لمراهق أو شاب مثلاً قد يكون تعبيراً عن صراعه الشديد بين إلحاح الدافع الغريزى الجنسى ومن ثم نزوعه إلى ممارسة العادة السرية من ناحية ، والموانع الدينية والأخلاقية وتأنيب الضمير الناجم عنها من ناحية أخرى . وبالمثل أيضاً فإن الصمم أو العمى الهستيرى قد يكون تعبيراً رمزياً عن سخطنا ونفورنا واحتجاجنا على ما نسمعه من كلمات أو نراه من مشاهد مؤذية لمشاعرنا أو خادشة لكرامتنا ومفهومنا عن ذواتنا .. وهكذا .

وتتداخل أعراض الهستيريا التحويلية مع أعراض بعض الأمراض العضوية والنفسية والعقلية الأخرى كالشلل العضوى ، والصرع ، والصمم العضوى ، والفصام والاكتئاب ... لذا يذكر عمر شاهين ويحيى الرخاوى (١٩٧٧ : ١٤٣) أن المظاهر الهستيرية يمكن تمييزها عن شبيهاتها الناتجة عن اضطرابات جسمية عضوية بما يلى :

أ) عندما لا تتفق مع الوصف العلمى الدقيق الأصلى للمرض العضوى المشابه .

ب) أن شدتها تتباين أى تختلف قوة وضعفاً فى فترة قصيرة ، فالإحساس قد يكون شديداً فى لحظة ما وبعده بدقائق يصبح طفيفاً ، كما أنه فى حالة هستيرية كفقدان الصوت والإحجام لا شعورياً عن الكلام ، قد يستجيب المريض عندما يطلب إليه أن يكح أو يسعل ، لكنه يحجم عندما يطلب إليه أن يتكلم .

جـ) أن هذه الأعراض يمكن تغييرها لدى المريض بالإيحاء أثناء عملية الفحص إذ يمكن زيادة المساحة الجلدية لفقد الإحساس مثلاً أو نقلها قليلاً عن موضعها الأول .

د) أن شخصية المريض ودراسة حالته وظروف حياته وبيئته تفسر كثيراً من هذه الأعراض وتعيننا على التحقق من مصدرها الحقيقى .

الهستيريا التفككية Dissociative :

عندما يحتدم الصراع ويشتد القلق بحيث لا يطيقه الفرد فإن تنظيم الشخصية ووظائفها ينزعان إلى التفكك والإنفصال بحيث تبدو هذه الأجزاء أو الوظائف كما لو كانت تعمل مستقلة عن بعضها البعض ، كوسيلة لحماية الإنسان عن طريق إنهاء الصراع مؤقتاً

وما ينجم عنه أو ما يصاحبه من توتر وقلق . ومن المظاهر الاكلينيكية للهستيريا التفككية ما يلى :

أ) فقدان الذاكرة Amnesia حيث يفقد المريض ذاكرته بالنسبة لخبرات أو أحداث أليمة خاصة مكبوتة ، وعندما يواجه موقفاً فى حياته يستثير تلك الخبرات ، تنزع ذاكرته وبشكل فجائى إلى التعطل وذلك لتجنب ما ينشأ عنها من توتر وقلق وقد يستمر هذا الفقدان لساعات محدودة أو أيام وقد يستمر شهوراً ، وربما يتمكن المريض من تذكر ما قبل هذه الخبرات وما بعدها ، فيأتى الفقد على شكل فجوات Gaps وقد يمتد فيشمل أحداث فترة زمنية طويلة ، ومن صور اضطراب الذاكرة عند الهستيريين تزييف الوقائع وإعطاء تفاصيل كاذبة عن أحداث وقعت فعلاً ، وقد يُلفق المريض كثيراً من القصص الوهمية من خياله كما لو كانت واقعية دون قصد أو دراية .

ب) الجوال النومى (المشى أثناء النوم Somnambulism) حيث ينفصل خلاله الجهاز الحركى عن بقية الأجهزة فيسير المريض خلال نومه لفترة قصيرة يعود بعدها للنوم ، وقد يمارس أثناء مشيه سلوكاً معقداً أو بسيطاً وربما عدوانياً لاستحالة قيامه بذلك أثناء اليقظة ، إلا أنه يكون خلال تلك الحالة على علاقة ضعيفة بما يحيط به ، وعندما يصحو من نومه فإنه لا يتذكر شيئاً مما فعله . ويشيع هذا الاضطراب لدى الأطفال أكثر منه لدى البالغين .

جـ) الاختفاء أو الهُجَاجْ (الشرود الهستيرى Fugue & Flight) وفى هذه الحالة لا يفقد المريض ذاكرته بالنسبة لحياته السابقة وإنما يخرج من عمله أو مسكنه على غير هدى لفترة قصيرة أو طويلة يتخذ فيها هوية جديدة وحياة جديدة (قد يعمل فى وظيفة ما أو يتزوج من جديد .. إلخ) . وعندما تعود له ذاته الحقيقية يدهش ويكاد لا يدرى مما فعله شيئاً يذكر .

د) تعدد الشخصيات Multiple Personalities : حيث يتقمص المريض شخصية أخرى أو أكثر ، ويقوم خلال ذلك وبطريقة لا شعورية بإتيان بعض التصرفات التى يأتيها بشخصيته الحقيقية وكما هى عليه فى الواقع ، ويتم التغير فجائياً من شخصية إلى الأخرى ويرتبط ذلك بطبيعة الضغوط وشدتها على الفرد ، ويختلف اضطراب تعدد الشخصيات عن مرض الفصام فى أن الأول يتمثل فى تقمص شخصية أخرى أو أكثر

لكل منها تناسقها ونمط سلوكها وعلاقاتها ، أما فى حالات الفصام فتظل شخصية المفصوم واحدة لكنها تكون منقسمة على نفسها وغير متماسكة ولا مترابطة .

جدير بالذكر أن الأعراض الهستيرية ربما تكون مؤقتة وتزول نهائياً بعد ذلك ، لكنها ربما تستمر لدى الشخصية الهستيرية * أساساً ، وقد تكون أعراضاً ثانوية لبعض أمراض عقلية أخرى كانفصام الشخصية والاكتئاب وتصلب شرايين المخ .

أسباب الهستيريا :

١) أسباب وراثية ذات تأثير محدود .

٢) أسباب شخصية تهيىء لظهور المرض ترجع إلى طبيعة الفرد قبل مرضه غالباً ما تتركز فى خصائص ما يسمى بالشخصية الهستيرية التى سبق ذكرها .

٣) أسباب نفسية : كالصراع النفسى الشديد بين الغرائز - خاصة الدفعات الجنسية والمعايير الاجتماعية ، الإحباطات والشعور بالعجز والفشل فى تحقيق الأهداف ، الضغوط الانفعالية والاجتماعية الناتجة عن المشكلات الأسرية والعاطفية وما يترتب على كل ذلك من حرمان وقلق واضطراب ، والتناقض الوجدانى Ambivalence .

٤) الصدمات الانفعالية الشديدة الناجمة عن مواقف مؤلمة أو حوادث مفجعة .

٥) الإيحاء والتقليد لاسيما إذا كان أحد الوالدين ذو شخصية هستيرية .

وبينما يحصر فرويد الهستيريا فى كونها ترجع إلى صراعات جنسية ذات شحنات انفعالية مكبوتة تنفّس أو تعبر عن نفسها من خلال أعراض تبدو جسمية ، فإن السلوكيون يربطون الاستجابة الهستيرية بضعف القشرة اللحائية المصحوب بتفكك ما أسماه بافلوف بالنظام الإشارى الثانى 2nd Singal System مما يؤدى إلى أن تنفس الغرائز كبتها فى استجابات دفاعية سلبية ربما تأخذ شكل الإثارة الحركية - كنوبة ارتعاش - أو شكل كف حركى : كغيبوبة هستيرية . (كمال دسوقى ١٩٧٤)

---

* الشخصية الهستيرية نوع من الشخصية قد لا تكون بالضرورة مريضة بالهستيريا وإنما تتميز بصفات تجعلها أقرب ما تكون إلى صفات الأطفال ومنها : التمركز حول الذات والأنانية ، حب الظهور والاستعراض والاستفزاز الجنسى ، الاعتمادية والتواكل ، السذاجة والمبالغة والتهويل فى مختلف الأمور ، الحساسية والتقلب الانفعالى ، عدم النضج والقابلية الشديدة للإيحاء والتقليد ، الانبساطية .

العصاب الوسواسى القهرى

Obsessive - Compulsive Disorder

يطلق عليه أحياناً العُصاب الحُواذى ، ويعبر هذا المرض عن حالات سلوكية شاذة تستحوذ فيها على الفرد فكرة أو خاطرة أو صورة أو اندفاعة (وساوس أو هواجس غير مرغوبة *) غالبا ما تكون سخيفة وتافهه لكنها تفرض نفسها عليه وتظل تُعاوده وتراوده ، أو يُلح فيها عليه فعل غريب فيجد نفسه مندفعاً لتحقيقه وملزماً بتكراره (طقوس حركية جبرية) . يبدو الفرد فى هذه الحالات عاجزاً تماماً عن التخلص من تلك الفكرة التى توسوس بها نفسه أو طردها ، أو عن الإقلاع عن ذلك الفعل المجبر على إتيانه وتكريره رغم إدراكه لطبيعتهما الشاذة الغريبة والتافهة ، كما يغشاه توتر شديد وقلق حاد وخوف كلما نزعت نفسه إلى كبح جماحها أو مقاومتها أو حيل بينه والانسياق لها ، ولا يشعر بالارتياح إلا باجترار تلك الفكرة أو إتيان هذا الفعل ، ثم ما يلبث أن يهدأ حتى تراوده تلك الوساوس أو الطقوس الحركية من جديد فيحاول مقاومتها ومجاهدتها لكنه يفشل ، فينصاع ويستسلم لها مرة ثانية وثالثة ورابعة فيدمنها ما لم يتم علاجه . وهكذا يصرف المصاب بهذا الاضطراب وقته ويبدد جهده فى مقاومة أمور تبدو تافهة لا طائل من ورائها ، مما يؤدى به إلى الإنهاك الشديد وسوء التوافق ، وربما اضطراب بعض وظائفه العقلية .

وقد يلاحظ أن لكل منا بعض الأفكار التى تراوده بين الحين والآخر ، وطقوس حياته اليومية المعينة ، وعاداته فى المأكل والمشرب والاستماع والتذوق منذ يبدأ يومه حتى يخلد إلى النوم ، لكن لهذه العادات والطقوس وظيفة بنائية فى تنظيم حياته ، إلا أنها عندما تكون غريبة وشاذة وتافهة ومسيطرة عليه إلى حد القهر وتعوق توافقه الشخصى والاجتماعى ، وتصبح مصدرا للخوف والقلق والشعور بالكآبة والتعاسة يكون لها دلالة مرضية .

---

* يقول الله سبحانه وتعالى : " قُلْ أعوذُ بِرَبِّ النَّاسِ مَلِكِ النَّاسِ ، إلهِ النَّاسِ ، مِنْ شَرِّ الوَسْوَاسِ الخَنَّاسِ ، الذى يوسْوِسُ فى صُدُورِ النَّاسِ ، مِنَ الجِنَّةِ والنَّاسِ " (سورة الناس : الآيات : ١-٦)

أعراض الاضطراب :

تتركز الأعراض المرضية للعصاب الوسواسي القهري حول مظهرين اكلينيكيين اساسيين هما :

١ - الوساوس (الهواجس) Obsessions :

وهي عبارة عن تسلط محتوى ذهني معين على الفرد يشغله ويفرض نفسه بثبات عليه ، بحيث يحاول إبعاده لكنه يظل ماثلاً في فكره ويعوق نشاطاته واهتماماته الأخرى . هذا المحتوى قد يكون ذا طابع فلسفي أو تشككي أو عاطفي أو عدواني أو أخلاقي أو جنسي ، يتعلق بالفرد نفسه أو الآخرين ، بالماضي أم بالحاضر أم بالمستقبل ، أما من حيث نوعه فربما يكون : أفكاراأو صورا Ideas & Images - كانشغال المرء بأن الآخرين ينظرون إليه نظرات جنسية ، أو بفكرة وجود لص مختبئ في مكان ما بالمنزل ، أو بصورة ذهنية معينة لمنظر حميد أو كريه يتصور أنه رآه قريباً ، أو بجملة معينة تتردد في ذهنه ، أو نغمة موسيقية تلح على سمعه بصورة متكررة - وقد تكون دفعات وسواسية Impulses تمثل رغبات جامحة تحرضه على أداء أعمال غريبة عدوانية أو هزلية : كالقتل ، أو إلقاء نفسه من فوق كوبري أو من الشرفة ، أو الضحك في حضوره جنازة أو مأتم .

وربما تمثّل نوع المحتوى الذهني في صورة تفكير اجتراري Ruminative عبارة عن سلسلة لا نهائية من الأفكار أو الأسئلة التي تفرض نفسها على ذهن الفرد ، وتقوده إلى نشاط لا يكل عنه وبحيث تعوقه عن أي نشاط ذهني آخر ، ومنها المشغولية الذهنية بفكرة لماذا ولدت ... أو لماذا أعيش ؟ أو بفكرة " إذا ما كان احتباس البول يؤدي إلى الموت ، فكيف يمكنني الاطمئنان إلى عدم حدوث ذلك بالنسبة لي .. إذا كنت أشرب وآكل أشياء عديدة ... ماذا لو أنني قمت بكذا ... أو أحجمت عن كذا ... أو ... "

٢ - السلوك القهري (الحواز) Compulsion :

ويعني الأفعال الجبرية أو الطقوس الحركية Rituals التي يجد الفرد نفسه مدفوعاً للقيام بها رغم شعوره بأنه لا لزوم لها وانه ليس لها ما يبررها . ويرتبط السلوك القهري بما سبق ذكره من مظاهر وسواسية : كالأفكار والصور الذهنية ، والدفعات والتفكير الإجتراري ، بحيث لا تظل مجرد أفكار أو صور أو دفعات يجترها الفرد ، وإنما تدفعه دفعا وترغمه إرغاما على القيام بأفعال أو تصرفات تتفق معها . فالانشغال الشديد بفكرة

وجود لص فى مكان ما بالمنزل غالبا ما تقود المريض إلى طقوس حركية خاصة بالتحميم والتنقيب والتفتيش المتكرر والمستمر عنه ، أو الخوف من التواجد بالمنزل ، وعندما تسيطر على المريض فكرة أنه ترك باب شقته أو سيارته مفتوحاً وتقلقه هذه الفكرة فإنه لا يشعر بالراحة إلا إذا عاد للتأكد من صحتها أكثر من مرة . وعندما تراوده فكرة أنه أخطأ فى حل مسألة حسابية أثناء الامتحان يضطر نتيجة إلحاح الفكرة التى ركبت رأسه إلى معاودة التدقيق مرات ومرات فى الخطوات التى اتبعها في حل المسألة ، وفى كل مرة يجد نفسه خائفا قلقاً ومدفوعاً للمراجعة بالقدر نفسه وربما أكثر من المرات الأولى وذلك إلى الدرجة التي تعوقه عن اتمام حل بقية المسائل مما يؤدى إلى رسوبه .

من الأنماط السلوكية الطقوسية القهرية أن يجد الفرد نفسه مرغماً على غسل يديه مرات ومرات فى اليوم الواحد كلما صافح فرداً ، أو على فترات زمنية متقاربة ثابتة دون مبرر موضوعى لذلك . أو مُكرهاً على لمس جذوع الأشجار أو أعمدة الإنارة أو الأسوار الحديدية ، أو مدفوعاً للمشى بانتظام على حافة الرصيف وفى خط معين لا يحيد عنه أثناء سيره فى الشارع أو عد درجات السلم صعوداً وهبوطاً . ويشعر فى كل ذلك أن هذه الأنماط السلوكية مفروضة عليه كما يشعر بالقلق والتوتر الشديد لو لم يفعلها المرة تلو الأخرى .

يورد حامد زهران (١٩٩٧ :(٥١١-٥١٢) بعض الأعراض الأخرى للعصاب الوسواسى نوجزها فيما يلى :

- الضمير الحى الزائد عن الحد المتزمت والشعور المبالغ فيه بالذنب ، الجمود وعدم التسامح والحذلقة والدقة المفرطة .
- الروتينية والرتابة والتتابع القهرى فى السلوك ، والأناة والبطء الزائد فى العمل والتردد وعدم المقدرة على اتخاذ القرارات .
- التفكير الخرافى البدائى والاعتقاد فى السحر والشعوذة ، والأفكار السوداء وتوقع الشر وأسوأ الاحتمالات والكوارث .
- المخاوف الزائدة لا سيما من التلوث والعدوى والقذارة والجراثيم والميكروبات .
- القلق الشديد إن خرج الفرد على ما رسمه لنفسه وارتضاه من حدود وتحريمات فكرية وسلوكية .

- الانطواء والاكتئاب والهم وسوء التوافق الاجتماعي ، ومحدودية الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة والسلوك القهري .

- الشك المتطرف في الذات والتأكد المتكرر من الأعمال ، والمراجعة الكثيرة والتردد .

نماذج لحالات من السلوك القهري :

يمكن تصوير السلوك القهري والطقوس الحركية من الأقوال التالية لحالة نموذجية لمريض بالسلوك القهري وهو طالب بالثانوية العامة عمره ١٨عاماً " أبص في المراية أكرر البص أربع أو ١٦ مرة كل مرة أربع مرات .. ، لو بصيت في المراية أربع مرات وبعدين نظري جه على حاجة في الأوده أرجع أكرر البص تاني .. لما حاتفلق ... وأنا ماشي في الشارع لو لقيت ورقة ونظري جه عليها أرجع أبص عليها أربع مرات .. ، .. لا مؤاخذة مرة لقيت فردة جزمة في الشارع بصيت لها وبعدين بعد ما وصلت البيت نزلت تاني شُطتها .. ورجعت البيت ونزلت ثالث رحت شايطها لحد ما عملت الحكاية دي أربع مرات ... ، .. بيقولوا لي مادام انت عارف إن دي مش أصول ومالهاش لـزمة بتعملها ليه ... أقول لهم مش قادر .. مش فاهين " (عمر شاهين ويحيى الرخاوي ١٩٧٧ : ١٦١-١٦٢) .

كما يورد أحمد عكاشة (١٩٩٢) بعضاً من هذه النماذج من بينها حالة هذا المريض الذي كان يعاني من الحث الزائد على عد شعر ذقنه بعد الحلاقة لدرجة أنه توقف عن الحلاقة ، فأصبح ينظر إلى المرآة ويعد شعر ذقنه الطويل ، وكلما أخطأ أعاد العد مرة أخرى ، وكان يبكي لساعات طويلة من جراء ذلك ، وأحجم عن الذهاب إلى كليته ، وأصبح حبيس المنزل والمرآة وذقنه .

ومن بينها حالة تلك الفتاة التي فشلت خطوبتها ، وبدأت تخاف من الجلوس على المرحاض حتى لا تكون عرضة للتلوث بالماء الذي يحتمل أن يكون محملاً بالحيوانات المنوية فتحمل .. ثم بدأت تعمم خوفها بأن لا تلمس أي رجل ، حتى أن شقيقها عندما لامس شعرها أحجمت عن الاستحمام لاحتمال وجود حيوانات منوية على شعرها وخوفاً من سقوطها على جسمها أثناء الاستحمام ، وبدأت لا تجلس مع أي رجل ، ولا تأكل خبزاً أو

طعاماً خشية تدخل الرجال فى صنعه حتى أصيبت بهزال شديد ونقلت إلى المستشفى . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ :١٤٢-١٤٥) .

أسباب العصاب الوسواسى القهرى :

١- أسباب وراثية : حيث أوضحت نتائج بعض الدراسات عن التاريخ العائلى لمرضى الوسواس القهرى أن ٣٠٪ من الحالات يوجد فى عائلاتهم شخص وسواسى أو أكثر (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢) إلا أن هذا العامل قد يتداخل مع عوامل بيئية أخرى كخصائص الوالدين الوسواسية التى يحتمل أن يتشربها الطفل ويستدمجها فى سلوكه من خلال عملية المعايشة والتطبيع الاجتماعى فى الأسرة .

٢- أسباب فسيولوجية وعصبية : تشير نتائج الدراسات أيضاً إلى عدم اكتمال الجهاز العصبى لدى المصابين بالوسواس ، وربما وجود بؤرة نشطة كهربياً فى القشرة اللحائية تستثير أفكاراً واندفاعات لدى الفرد وردود فعل تتسم بالقلق المفرط إزاء الضغوط .

٣- أسباب شخصية قبل المرض : تهيىء الفرد للإصابة بالمرض وترجع معظمها إلى خصائص ما يسمى بالشخصية الوسواسية القهرية ومنها التزمت والجمود والصرامة والتدقيق الشديد والحذر والنظام والدقة فى المواعيد ، والاهتمام بالتفاصيل ، والتمركز حول الذات ، والحساسية ويقظة الضمير ، والتشدد فى تبنى مثل عليا ومعايير أخلاقية بعيدة عن الواقع ، والتماس الكمال فى كل شىء .

٤- أسباب نفسية : كالصراعات النفسية بين إشباع الرغبات والنزعات العدوانية والجنسية وما يترتب عليه من عقبات وشعور بالذنب من ناحية ، والتمرد على المطالب الاجتماعية وتقبلها أو الانصياع لها من ناحية أخرى ، الإحباط والشعور بالفشل المتكرر .

٥- أسباب بيئية أسرية واجتماعية : كأساليب المعاملة الوالدية غير السوية التى تتسم بالتزمت والتعسف وفرض النظام الصارم ، وبالقمع والقسوة والضبط الشديد والدقة ، وعدم المرونة خلال مرحلة الطفولة مما يؤدى إلى نمو الخصائص المهيأة للإصابة بالمرض .

ويفسّر عصاب الوسواس والقهر من وجهة نظر التحليل النفسى على أنه نتيجة للتثبيت على المرحلة الشرجية بسبب التدريب الصارم على ضبط عمليات الإخراج ، وأن

الأنا تستخدم الوسواس والقهر كميكانزمات دفاعية لفض الصراع بينها والهى " فالأنا الخاص بالفرد الذى يعانى من وسواس النظافة قد يلجأ إلى استخدام التكوين الضدى ، وذلك بإخفاء الدافع الأصلى عن الذات والتعبير بدافع عكسى ، لمقاومة دوافع الهو للتلوث ، وبالمثل يستخدم الأنا تصرفات معينة كطقوس العد للتكفير عن رغبات مكدرة " (ليندا دافيدوف ، ١٩٨٨ : ٦٧١) وهكذا يمكن النظر إلى الأعراض الوسواسية القهرية كانعكاس حاد لسمات الشخصية الشرجية التى تتميز بالتدقيق والعناد والنظافة والجمود .

أما السلوكيون فيرون أن الوساوس والقهر أموراً مكتسبة عن طريق التعلم والتعزيز ، فالفرد عندما يكتشف صدفة أن سلوكاً معيناً أو فكرة ما تؤدى إلى تخفيض مستوى قلقه ، فإنه فى كل مرة يستثار فيها خوف الفرد يحل محله بطريقة لا شعورية هذا السلوك المبدّد لذلك الخوف أو المخفّض لمستوى القلق ، وبتكرار ذلك وتعزيزه يصبح الوسواس والقهر نمطاً سلوكياً متعلماً يمارسه الفرد بشكل تلقائى .

علاج الاضطرابات العصابية :

أولاً : العلاج العضوى : عن طريق استخدام الوسائل الطبية اللازمة - وفقاً لما يقرره الطبيب المختص من نوعية العلاج وبالجرعة التى يحددها - وذلك للسيطرة على أعراض كل اضطراب ، وتخفيض مستوى التوتر والقلق أو الاكتئاب المصاحب له ، وزيادة شعور المريض بالاسترخاء العقلى والعضلى ، وزيادة كفاءته وصحته الجسمية ، ومن بين هذه الوسائل :

١ - العلاج بالعقاقير : كاستخدام المنومات مع حالات الأرق المستمر والقلق الحاد والمخاوف المرضية ، ومن أهمها الدورميل والفيسبراكس ، والموجادون والأتيفان ، واستخدام المطمئنات البسيطة فى حالات التهيج العصبى والمخاوف ومنها الفاليوم والسيرباكس والترانكسين والليبريم ، وكذلك العقاقير الخفيفة والكبرى المضادة للاكتئاب كالنيورادرينالين والدوبامين ، والتوفرانيل والتريبتيزول والأنافرنيل ، والعقاقير الأخرى المنشطة لعملية التفريغ العقلى والانفعالى ، والعلاج بالأنسولين لاسيما مع حالات فقدان الشهية العصبى والقلق والحالات المصحوبة بالوهن الجسمى . ويجدر

التأكيد على عدم تعاطى هذه العقاقير بدون الأشراف الطبى المباشر خشية مضاعفاتها أو إدمانها .

ب- العلاج الكهربائى : ويستخدم غالباً مع الحالات التى تصاحب فيها الاضطرابات العصابية أعراضاً اكتئابية حادة وأفكاراً سوداوية أو انتحارية .

جـ- العلاج الجراحى : ويستخدم فى حالات القلق المزمن والوسواس القهرى والاكتئاب الشديد ، وذلك بعد استنفاذ كافة أنواع العلاج النفسية والكيميائية والكهربية دون جدوى . ويتم العلاج الجراحى بقطع الألياف العصبية الموصّلة بين الفص الجبهى فى المخ والثلاموس ، مما يؤدى إلى توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٢٣١-٢٣٦) .

ثانياً : العلاج النفسى : وتستخدم فى هذا الصدد طرقاً عدة يقوم كلا منها غالباً على إحدى نظريات الشخصية ومن بين هذه الطرق : العلاج التحليلى ، والسلوكى ، والمركز حول الشخص ، والعلاج الاجتماعى ، والدينى ، والمعرفى ، والعلاج بالواقع ، وبالفن ، وبالموسيقى ، وبالعمل (أنظر تفصيلاً : حامد زهران ، ١٩٩٧ : ١٨١-٣٩٩) نعرض منها - على سبيل المثال وبشكل موجز - العلاج النفسى التحليلى والعلاج السلوكى :

أ - العلاج النفسى التحليلى : يستهدف الكشف عن الجذور العميقة للاضطراب ، وعن الصراعات الأساسية الدفينة اللاشعورية المسهمة فيه ، ومصادر هذه الصراعات والخروج بها إلى المستوى الشعورى ، وتفسير طبيعتها ومعانيها الرمزية ، وما يترتب عليها من ميكانزمات دفاعية ، وتأثير ذلك كله على عملية التوافق الشخصى والاجتماعى للفرد . كما يهدف إلى تعريف الفرد المضطرب وزيادة وعيه واستبصاره بها ، ومساعدته على فهم ذاته بطريقة موضوعية ، إضافة إلى تنمية مقدرته على مواجهة مخاوفه وقلقه وصراعاته ومشكلاته بطرق أكثر نضجاً وإيجابية وواقعية .

ويتم ذلك كله من خلال علاقة وثيقة بين الفرد المضطرب والمعالج قائمة على كل من التجاوب الانفعالى ، والتنفيس الانفعالى والعقلى ، والتشجيع والفهم والتفسير ، والمساندة والتدعيم ، والإيحاء والتدعيم وباستخدام فنيات :

- التداعى الحر Free Association : ويشجع من خلاله الفرد على إطلاق سراح أفكاره

وخواطره ومشاعره دون قيد أو شرط ، وبصرف النظر عن نوعية هذه الأفكار ، وبما يسمح بتنحية دفاعاته والتحرر من مخاوفه ، مع إعطاء أهمية خاصة للانفعالات التى يبديها والحركات التى يقوم بها خلال عملية التداعى ، وكذلك مواضع عثرات لسانه وزلاته ، وتردده فى الكلام أو انطلاقه .

- تفسير الأحلام Dream Interpretation : وتقوم هذه الطريقة على افتراض مؤداه أن لكل حلم محتوى ظاهر صريح ، ومحتوى آخر كامن باطنى ، وهذا المحتوى الأخير هو ما يستهدف المحلل الكشف عنه والوصول إلى مغزاه عن طريق متابعة عملية إخراج الحلم وما يكتنفها من عمليات تكثيف ، وحذف ، وإدماج ، ونقل ، ورمزية .

ويلفت فرويد الانتباه إلى استجابتين متميزتين للمريض يجب أن يكونا موضع اهتمام المحلل النفسى هما : المقاومة Resistance التى يبديها أثناء عملية التداعى أو الإفضاء بالحلم كأن يصمت ، أو يغير الموضوع فجأة ، أو ينسى حدثاً معيناً ، أو لا ينتظم فى حضور الجلسات مما قد يشير إلى شعوره بالخوف والتهديد من مواجهة المواد المكبوتة المرتبطة بصراعاته . أما الاستجابة الثانية فهى التحويل أو الطرح Transference الإيجابى أو السلبى من قبل المريض لمشاعره التى يكنّها تجاه الشخصيات الأساسية - الوالدين خاصة - والمرتبطة بصراعاته أو الداخلة فيها نحو المعالج ذاته .

جدير بالذكر أنه قد طرأت تعديلات أخرى على العلاج التحليلى الكلاسيكى نتيجة إسهامات المنشقين على نظرية فرويد أو المجدِّدين فيها ، وتؤكد فى مجملها على اللاشعور الجمعى والخبرات الشخصية والعلاقات الاجتماعية للفرد المضطرب وأسلوبه فى الحياة أكثر مما تؤكد على الخبرات الطفولية المبكرة فى نشأة العصاب .

ب- العلاج السلوكى : ويقوم على استخدام قوانين التعلم الشرطى الاستجابى والإجرائى ، حيث ينظر السلوكيون إلى الاضطرابات العصابية على أنها سلوك متعلم عن طريق الملاحظة والتفكير والتدعيم ، كما يرون أن علاجها يتم بالطريقة نفسها ، ولكن عن طريق محو تعلم الاستجابات غير التوافقية وإعادة تعلم استجابات توافقية جديدة ملائمة ، وذلك باتباع خطوات إجرائية معينة تتمثل فى تحديد السلوك المضطرب أو اللاتوافقى ، والعوامل المسئولة عن حدوثه واستمراره ، ومن ثم تحديد الظروف الممكن تعديلها أو تغييرها ، وعمل برنامج محدد لتعديل السلوك موضع الاهتمام ثم تعديل

العلاقات القائمة بين هذا السلوك (الاستجابة غير التوافقية) وتلك المواقف التى تستثيره ، أو إعادة التشريط أو التعلم بحيث يتم اكتساب أنماط سلوكية جديدة مرغوبة وتعزيزها وتثبيتها .

وتستخدم فنيات سلوكية مختلفة فى الإشراط المضاد للقلق أو الاستجابات العصابية من بينها ما يلى :

- الخفض المنتظم للحساسية Systematic Desensitization : وتقوم على أساس التعويد التدريجى المنتظم لسلسلة المثيرات المحدثة للخوف لدى الفرد من مثير ما - كالأماكن المتسعة مثلاً - بحيث ترتب ترتيباً هرمياً من المثير الأضعف للأقوى ، ثم تعرض بالطريقة نفسها على الفرد الخائف بحيث يدرّب تدريجياً على الاسترخاء العضلى والعقلى فى كل مرحلة ، مما يؤهله إلى مزيد من الاسترخاء الارتياح فى المرحلة التالية .. وهكذا حتى يزول شعوره بالخوف والقلق تدريجياً ، ويحل محله الشعور بالارتياح والثقة .
- الممارسة السالبة Negative Practice : وتقوم هذه الفنية على أساس أن تكرير الاستجابة اللاتوافقية إرادياً أو عن قصد فى غياب المنبه الأصلى ، وجعلها تحت الفحص والتدقيق الشعورى المستمر من شأنه أن يؤدى إلى التعب والملل من ناحية والنفور منها من ناحية أخرى ، ومن ثم الإقلاع عن تكريرها ، وقد استخدمت هذه الفنية بنجاح فى علاج حالات مص الأصابع وقضم الأظافر والتلعثم واللزمات الحركية .
- التعزيز الإيجابى Positive Reinforcement : ويفترض فى هذه الفنية أن إثابة الفرد وتشجيعه مادياً أو معنوياً على إتيان سلوك ما مرغوب أو بناء يؤدى إلى تدعيمه ، ويدفع به إلى تكريره ومن ثم تثبيته .
- التعزيز السالب Negative : ويقوم على أساس تعريض الفرد المضطرب لمثير غير سار مقدماً ، وإبعاده مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة .
- الغمر Flooding : وهى عكس الإزالة المنتظمة للحساسية القائمة على التدريج والاسترخاء ، وتقوم هذه الفنية على إغراق الفرد المضطرب بالمثير المخيف وتعريضه له دفعة واحدة كأمر واقع عليه أن يواجهه وبشكل متكرر عبر جلسات متتابعة ، ونظراً لما يترتب على ذلك من استثارة زائدة قد تودى إلى هلع الفرد فقد يحتاج الأمر لاستخدام

بعض العقاقير المهدئة أو المطمئنة حتى تنطفىء عادة الخوف . وقد استخدمت هذه الفنية في علاج بعض المخاوف المرضية كالخوف من الأماكن المتسعة والعالية والخوف من الماء .

- العلاج بالتنفير Aversion : ويقوم على إعادة تشريط الاستجابة اللاتوافقية بمثيرات سلبية منفرة وتكرير هذه العملية وذلك وصولاً إلى فعل منعكس شرطي جديد وهو الكراهية والنفور من تلك الاستجابة وبحيث تصبح مصدراً للألم بدلاً من الشعور باللذة ، كتشريط تناول الكحول أو المخدرات بعقاقير مقيئة أو مثيرة للغثيان والمغص ، وتشريط النزوع للجنسية المثلية بمنظر مؤلم أو صدمة كهربية مناسبة على الذراعين أو الساقين أو القدمين ، وذلك حتى يصبح المريض قابلاً للتقيؤ أو الغثيان أو الشعور بالألم بمجرد التفكير في الخمر أو الاتصال جنسياً بفرد آخر من نوع جنسه .
- عكس العادة Habit Reversal : وتقوم هذه الفنية على أساس تعليم الفرد المضطرب كيف يكون واعياً باستجابته اللاتوافقية ثم تعليمه القيام باستجابة مضادة لها أو لا تنسجم معها ، وذلك كالقبض على اليدين بشدة - مثلاً - عندما تلح عليه استجابة مص الأصابع أو قضم الأظافر . بحيث يتم تكرير ذلك في الموقف العلاجي وفي مواقف الحياة اليومية مع التقليل من دافعية اللجوء للاستجابة غير المرغوبة ، والحيلولة دون تدعيمها .

- التشكيل Shaping : وتقوم على أساس التدعيم التتابعي للسلوك كلما اقترب تدريجياً من الاستجابة التوافقية أو المرغوبة . ويذكر لويس مليكة (١٩٩٠ : ٧٨) أن اليون قد عالج أنثى فصامية بهذه الطريقة حيث كانت هذه الفتاة مولعة بارتداء الملابس الكثيرة ، وكان المعالج يقوم بوزنها قبل كل وجبة لتقدير وزن ملابسها ، ولكي تعطى الوجبة (التدعيم) كان يتعين أن يكون وزن الملابس أقل من قيمة محددة ، وقد سمح لها في البداية بثلاثة وعشرين رطلاً من الملابس ، وتم إنقاص ذلك تدريجياً إلى ثلاثة أرطال فقط . جدير بالذكر أن هذه الطريقة استخدمت بنجاح مع حالات فصام أخرى ، ورهاب ، وفقدان الشهية العصبي .

ثالثاً : العلاج البيئي والاجتماعي : يعد العلاج البيئي والاجتماعي من أهم أنواع علاج العصاب نظراً لما تلعبه العوامل البيئية والاجتماعية من دور في نشأة هذا الاضطراب

. ويركز هذا النوع من العلاج على الأسرة كنسق اجتماعى طبيعى يعيش فيه الفرد المضطرب ويتفاعل مع أعضائه ، وذلك بهدف تغيير أو تعديل نمط العلاقات والتفاعلات الاجتماعية والتأثيرات المتبادلة التى يحتمل أن يكون لها دور فى الاضطراب العصابى ، وحتى يستشعر هذا الفرد قدراً أقل من الألم ، وينمو فى الاتجاه الأكثر نضجاً وفاعلية وكفاءة من الناحيتين الشخصية والاجتماعية ، والأكثر إمداداً له بالسعادة والصحة النفسية .

كما يعنى العلاج البيئى والاجتماعى باستخدام الفنيات المتخصصة التى تسمح بإعادة بناء الأسرة ، وزيادة التماسك الأسرى ، وتحقيق أنماط إيجابية من الاتصال بين أفرادها ، وبإزالة مصادر الضغوط الأسرية على المريض أو التخفيف منها ، وبتهيئة بيئة أسرية خالية من عوامل التقييد والضبط الزائد والحرمان بما فى ذلك علاج المشاعر والعادات والاتجاهات السلبية الوالدية فى تنشئة الأبناء ، ونمو للفرد المضطرب ، وتحسين الظروف الاقتصادية والدعم الاجتماعى للأسرة . وقد يستلزم الأمر إبعاد المريض لبعض الوقت عن الجو الأسرى أو بيئة العمل المشبعة بالعوامل التى ربما أدت إلى نشأة السلوك العصابى لديه وأدت إلى تعزيزه وتثبيته .

رابعاً : اضطرابات الشخصية والسلوك لدى البالغين

Disorders of Adult Personality and Behavior

طبقا للتصنيف الدولى العاشر للأمراض (ICD -10) تتضمن هذه الطائفة أشكالا عديدة من الاضطرابات المحددة أو الخاصة فى الشخصية Specific ، كاضطرابات الشخصية البارانويدية ، وشبه الفصامية ، والمضادة للمجتمع ، وغير المستقرة انفعاليا ، والهستيرية ، والوسواسية القهرية ، والاعتمادية ، والاجتنابية ، واضطرابات شخصية مختلطة Mixed ، واضطرابات العادة والاندفاع Habitand Impulsive واضطرابات الهوية الجنسية Gender Identity ، والموضوع الجنسى Sexual Preference والاضطرابات المصاحبة للنمو والتوجه الجنسى .

ونتناول من بينها - على سبيل المثال - اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع (السيكوباثية) والانحرافات الجنسية .

اضطراب الشخصية المارقة اجتماعياً (السيكوباتية)
Dissocial (Psychopathic) Personality Disorder

تمتد جذور مصطلح الشخصية السيكوباتية إلى عام ١٨٣٥ عندما أشار الطبيب الانجليزى بريتشارد J.C.Brichard إلى الاضطرابات الأخلاقية Moral ومن وجوهها ما أطلق عليه البَلَه أو الحماقة الأخلاقية Moral Impecility ليصف به تلك الحالات التى تتميز بقصور الضبط الذاتى فى السلوك ، وفى عام ١٨٨٨ استحدث كوخ Koch مصطلح الدونية السيكوباتية Psychopathic Inferiority للدلالة على المعنى نفسه ، وقد أدخل كريبلن ١٩١٥ ضمن زملات الدونية السيكوباتية سهولة الاستثارة والاندفاعية والكذب والاستعداد لإتيان الجريمة . كما أطلق أدولف ماير مصطلحاً آخر هو النقص السيكوباثى التكوينى Constitutional Psychopathic Inferior إشارة لدور العوامل الوراثية فى نشأة هذا الاضطراب . ومن بين المصطلحات الشائع استخدامها تعبيراً عن معنى السيكوباثية : الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial أو فاقدة الكفاءة الاجتماعية Inadequate والشخصية الجانحة Delinquant .

أعراض السلوك السيكوباثى :

تشير المسميات سالفة الذكر فى مجملها إلى أن ذلك النمط غير قادر على ضبط دوافعه ، والالتزام بقيم المجتمع وأخلاقياته ، وذلك من غير إعاقة جسمية أو عقلية . وتتميز الشخصية السيكوباثية بعدة خصائص لعل من أهمها ما يلى :

أ - الكذب وعدم الأمانة وفقدان المصداقية .

ب- ضعف الحكم والتقدير ، واختلال المقدرة على التعلم والاستفادة من الخبرة .

جـ- ضعف الضمير وغياب مشاعر الندم والذنب والإحساس بآلام الآخرين .

د - التمركز حول الذات والبحث عن اللذة الفورية دون تأجيل .

هـ- الاستثارة والاندفاعية ، وفقدان الضبط الذاتى ، وعدم الاستبصار بتبعات السلوك المارق والإجرامى من إيلام الآخرين وجلب الحزن والتعاسة لهم .

و - عدم تحمل الإحباط ، ومواجهته بالسلوك العدوانى والعنف غير المبرر ودون حساب للنتائج .

ز - السلوك العابث والمستهتر وغير المسئول ، واللامبالاة والتبلد الشعورى حتى أن السيكوباثى لا يبدى أى دهشة إذا ما ضبط متلبساً بسلوك غير مشروع .

ح - اللا أخلاقية وعدم الامتثال للقواعد والأعراف والنظم الاجتماعية والقوانين .

ط- إلقاء اللوم على الآخرين ، والنزعة إلى اختلاق مبررات كاذبة للسلوك لكنها تبدو مقبولة ظاهرياً .

ى- عدم الارتداع والقابلية لتكرير التصرفات المارقة حتى لو عوقب عليها مرات عديدة .

وغالباً ما يبدأ هذا الاضطراب منذ مرحلة الطفولة وقد يستمر حتى البلوغ ليظل مسيطراً على سلوك الفرد . وهو يشيع لدى المجرمين ونزلاء السجون وكذلك بعض نزلاء المستشفيات العقلية ممن يحولون إليها بسبب أحكام قضائية ، على أن بعضهم يستطيع ممارسة وظائفه الاجتماعية ، وربما تبوأ منصباً قيادياً بطرق ملتوية وتحطيم كل ما يعترض طريقه فى سبيل الوصول إلى ما يريد .

ويصاحب السلوك السيكوباثى أشكالاً عدة من الانحرافات السلوكية تتطور من مشكلات سلوكية فى سن مبكرة : كالتشاجر والهروب من المدرسة والتسكع فى الشوارع والكذب والتدخين مبكراً ، إلى انحرافات أكثر خطورة بعد ذلك كالسرقة والغش والنصب والاحتيال ، والعدوان والعنف والإيذاء الجسدى للآخرين ومناوشة السلطات ، وممارسة أعمال البلطجة وإدمان المشروبات الكحولية والمواد المخدرة ، والانحراف الجنسى والسادية ، وتعدد الزيجات والأطفال من كل زوجة دون أدنى تحمل للمسئولية ، والاغتصاب .

أسباب السلوك السيكوباثى :

١- عوامل وراثية تساندها بعض نتائج البحوث المستخلصة من دراسات التوائم والتاريخ الأسرى والعائلى لعينات من السيكوباثيين .

٢- أسباب فسيولوجية فى الجهاز العصبى تكف الإثارة الحاسية ، وقد لوحظ من نتائج

بعض الدراسات التى استخدمت رسام المخ الكهربائى EEG ظهور أنماط غير عادية من الموجات المخية لدى أغلب السيكوباثيين .

٣- عوامل عضوية : كالعاهات والتشوهات الجسمية مما يرسّب لدى الفرد مشاعر نقص ودونية ينزع إلى التعويض عنها بطرق غير اجتماعية إثباتاً للقوة والسيطرة .

٤- عوامل نفسية : كالصراعات اللاشعورية ، والخوف والقلق ، والإحباط والحرمان العاطفى ، والخبرات الطفولية الأليمة ، والقصور أو الضعف العقلى . والتثبيت على مرحلة نمائية تغلب فيها الغرائز البدائية التى تبحث عن الإشباع واللذة الفورية ، وتحول دون تشكل الأنا الأعلى كقوة رادعة لهذه الغرائز .

٥- عوامل بيئية اجتماعية ، كالأساليب الوالدية اللاسوية فى عملية التنشئة ، ومنها التدليل المفرط للأبناء أو القسوة الشديدة والإهمال والنبذ والتفرقة فى معاملتهم ، والتصدع والتفكك الأسرى ، وتدنى الأوضاع الاقتصادية الاجتماعية للأسرة ، وفشل التطبيع الاجتماعى وتعلم المعايير الاجتماعية ، والخصائص المزاجية والسلوكية السلبية لدى الوالدين كالاندفاعية ، والتقلب والتهور الانفعالى ، وقلة الضمير والانحراف السلوكى ونزوع الطفل إلى تقليد هذه الأنماط السلوكية ومحاكاتها وتشربها .

الوقاية والعلاج :

١- الكشف والتدخل المبكرين لتحديد مظاهر الانحراف السلوكى وعلاجها قبل استفحال المشكلة .

٢- التوجيه والإرشاد الوالدى فيما يتعلق بظروف التنشئة الاجتماعية وأساليبها السليمة ، وأنماط العلاقات الأسرية وطبيعة المناخ الأسرى وتأثيرات ذلك على نمو الطفل والمراهق ، وأهمية المتابعة الوالدية للأبناء وعلاج مشكلاتهم أولاً بأول .

٣- العلاج النفسى بهدف إزالة أسباب القلق والصراع النفسى ومصادر الضغط والتوتر الانفعالى ، وإشباع الاحتياجات النفسية المحبطة لدى السيكوباثى ، وتنمية استبصاره بطبيعة سلوكه وعواقبه ، واستخدام العلاجات السلوكية بالتنفير ، وبناء ارتباطات شرطية جديدة لتكوين عادات اجتماعية مقبولة بعد إزالة الأنماط السلوكية المنحرفة ،

وتغيير الأفكار والمعتقدات التى يتبناها المريض ، واستخدام العلاج الدينى فى تنمية الوازع الدينى والضمير كإطار مرجعى للسلوك .

٤- العلاج البيئى والاجتماعى بهدف إزالة عوامل الاضطراب فى البيئة الأسرية ، وتأمين الخدمات الأساسية الصحية والاجتماعية والتعليمية ، ورفع المستوى المعيشى للأسرة ، والتوسع فى إنشاء مؤسسات ومراكز رعاية الطفولة والشباب والإرشاد النفسى للأطفال والشباب والوالدين .

الانحرافات الجنسية Sexual Perversions

يعد الدافع الجنسى من أهم الحاجات الفسيولوجية . وهو يستمد أهميته من وظيفته فى عملية المحافظة على البقاء أو الجنس البشرى بالنسبة للإنسان وما يرتبط به من مظاهر الأبوة والأمومة . كما أنه من أكثر الدوافع ضغطاً على الإنسان وإلحاحاً فى الظهور ، إلا أن ذلك لا يعنى استحالة ضبطه والتحكم فيه وتنظيم عملية إشباعه وفقاً للطريقة المشروعة المتعارف عليها دينياً واجتماعياً وأخلاقياً * ، أو استحالة إعلائه من خلال أنشطة مثمره وبناءه ترضى عنها الجماعة بل وتحبذها ** . كما أن الدافع الجنسى هو أكثر الدوافع عُرْضَةً للإنكار والكبت من قبل الفرد ، وللتقييد والعنت والاضطهاد من قبل الجماعة التى ينتمى إليها فموضوعه شديد الخصوصية ، كما أن الحساسية التى يبديها الناس (الأسرة خاصة) إزاء أموره ومسائله مبالغ فيها بدرجة كبيرة بل ومفرطة ، والتربية الجنسية الصحيحة المؤهِلة للتكيف مع الدور الجنسى المستقبلى المناسب غائبة عن النشء والشباب .

(*) يقول الله تعالى " فانكحوا ما طاب لكم من النساء مثنى ، وثلاثَ ، ورُبَاعَ ، فإن خِفْتُمْ ألاّ تعدِلُوا فواحدة ، أو ما ملكتْ أيمانُكم " سورة النساء .
ويروى عن سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم أنه قال " يامَعْشَرَ الشَبَاب ، من استطاع منكم البَاءَةَ فليتزوّجْ ، فإنه أغضُ للبصرِ ، وأحْصَنُ للفرجْ ، ومنْ لمْ يستطعْ فعليْه بالصومِ فإنه له وِجَاءُ " متفق عليه .

(**) من بينها الأنشطة الرياضية كالسباحة وركوب الخيل والعدو وكرة السلة والمضرب والقدم .. إلخ ، ومنها الفنون التشكيلية كالرسم والتصوير والخزف والأشغال الفنية ، ومنها الهوايات المختلفة كتربية الطيور والنباتات وجمع النماذج المختلفة كالطوابع والأصداف ، والقراءة والميكانيكا والإلكترونيات .. وغيرها كثير .

لذلك كله فإن موضوع الجنس ومسائله ومظاهر التعبير عنه تصبح أكثر الأمور تعرضاً للانحراف والشذوذ . إلا أن آثار المشكلات والانحرافات الجنسية لا تظل محصورة فى النطاق الجنسى فقط وإنما يتسع مداها إلي أبعاد ومضاعفات أخرى نفسية شخصية ، ودينية شرعية ، وقانونية ، وأخلاقية واجتماعية .

ويؤكد ذلك ما ذكره عبد العزيز القوصى (١٩٧٥) من أن بعض الباحثين رأوا أن المشكلات الجنسية هى أساس كل مشكلات السلوك الأخرى ، لا سيما مع إحاطة المسائل المتعلقة بالجنس بالحساسية الزائدة والهروب من مجرد حتى التلميح بشأنها وغياب المعلومات الصحيحة عنها ، ويشير القوصى أيضاً إلى أن المسائل الجنسية تصير فى نظر الطفل سراً شائناً ، ولغزاً مغلقا ربما يبقى جاهلاً بكل ما فيه ، حتى إذا ما تدفقت فيه الأحاسيس الجنسية فجأة تدفقاً عنيفاً وظهرت عليه علامات البلوغ الظاهرية ، ربما انزعج وزاد من تنحيه عن المعرفة أو التوجيه . ويترتب على هذا التدفق المصحوب بالجهل وبالخوف وبالشعور بالقذارة أغلب المشكلات الجنسية فى طورى المراهقة والبلوغ ، وفى الحياة الزوجية وبعض الاضطرابات النفسية والعقلية . (عبد العزيز القوصى ، ١٩٨٥: ٤٤٧)

أنواع الانحرافات الجنسية :

تشترك تلك الأنواع جميعاً فى أنها تستهدف الإشباع الجنسى بطرق مختلفة شاذة تحيد عن الطريقة العادية المتعارف عليها دينياً واجتماعياً وأخلاقياً ويمكن حصرها فيما يلى :

١- انحرافات تتعلق بموضوع الإشباع : وتتلخص فى استبدال الموضوع الطبيعى المشروع - الجنس الآخر - بموضوع آخر بديل كفرد من نوع الجنس نفسه (الجنسية المثلية Homosexuality) كما فى حالات اللواط والسحاق ، أو تحقيق الإشباع عن طريق التعلق بأشياء تخص الجنس الآخر : كقطع ملابس أو شعر أو منديل (الفتيشية والأثرية) أو الإشباع مع المومسات (البغاء) ، أو الاتجاه نحو الذات كما فى الاستمناء الذاتى (العادة السرية) وعشق الذات أو الافتتان بها (النرجسية) ، أو جماع الحيوانات أو الموتى ، والولع الجنسى بالأطفال ، والإشباع عن طريق المشاهدة (لذة الفرجة) .

٢- انحرافات تتعلق بدرجة التعبير الجنسي وإجراءاته : ومنها الفشل في الاستجابة المناسبة من الأعضاء التناسلية : كعسر الانتصاب والجفاف المهبلي وخلل النشوة (هزة الجماع Orgasm) والقذف المبكر ، وزيادة الدافع الجنسي والإفراط الجنسي (الشبقية) ، والضعف الجنسي عند الرجال (العنّة) والبرود الجنسي عند النساء ، وانعدام الرغبة الجنسية ، والتقزز والاشمئزاز من العملية الجنسية ، وتوهم روائح كريهة مما يؤدي إلى العزوف عنها (الصُدوف الجنسي) . ومن الانحرافات الإجرائية: حب التلذذ بتعذيب الطرف الآخر وإهانته أثناء العملية الجنسية (السادية Sadism) ، أو عكسه وهو حب العذاب من الطرف الآخر والتلذذ منه (المازوخية Masochism) ، التلذذ من الاحتكاك الخارجي مثلما يلحظ من رذائل في وسائل المواصلات العامة والأماكن المكتظة ، واستخدام بعض أشكال العنف كالخنق لزيادة الإثارة الجنسية .

٣- انحرافات تتعلق بالمظهر الشخصي : وتبدو في النزوع إلى الاستعراض الجنسي والاستعراء أمام الغرباء في أماكن عامة تخفيفاً لرغبات جنسية ملحة أو كمظهر للضعف الجنسي ، وتحول الزي الفتيشي ، وارتداء ملابس الجنس الآخر بطريقة فاضحة للحصول على الإثارة الجنسية ثم خلعها ثانية بمجرد هبوط هذه الإثارة .

٤- انحرافات أخرى : ومن بينها الاغتصاب وهتك العرض ، والاتصالات التليفونية الفاحشة ، والولع بالأوساخ (لذة الرمامة) كملامسة أو شم الإفرازات أو أكلها للحصول على اللذة .

أسباب الانحرافات الجنسية :

أ) أسباب بيئية أسرية واجتماعية :

الأساليب الوالدية اللاسوية كالتدليل المفرط مما يؤدي إلى التثبيت على اللعب بالأعضاء التناسلية ، أو على أحد الوالدين مما قد يؤدي إلى الجنسية المثلية ، أو الأهمال الشديد فيفتقر الطفل إلى العطف والحنان والحب مما قد يؤدي إلى النزعة السادية والرغبة في الانتقام ، أو توهم اللذه من خلال إيذاء الذات و التعذيب من الطرف الآخر كما في المازوخية . الاتجاهات الوالدية المشوبه بالتقييد الغاشم والاستنكار الشديد واستقذار الأمور والمعلومات الجنسية ، والحساسية المفرطة نحوها وما يترتب عليها من صراع وقلق ،

[illegible] الجنسية الصحيحة ، وتفكك الروابط الأسرية وقسوة الظروف العائلية . العنوسة وتأخر الزواج ، الانحطاط البيئى والتسيب ، الطلاق والترمل وعدم التوافق الزواجى ، الإقامة الطويلة فى مؤسسات داخلية مع أفراد من الجنس نفسه (كالسجون والمؤسسات الإيوائية) مع افتقار برامجها إلى نشاطات بناءه كافية . وفرة المثيرات الجنسية وانتشار مواد ووسائل مروّجه للجنس ؛ كالصور والأفلام والمجلات الفاضحة ، ورفقة السوء وسهولة الانقياد .

٢) اسباب عضوية حيوية :

ومنها : البكور الجنسى أو تأخر البلوغ الجنسى ، الإفراط فى الاستمناء الذاتى مما يثبت نشاط الغدد الجنسية على مستوى معين يؤدى إلى عدم التوافق الجنسى الطبيعى مستقبلاً ، اختلالات فى افرازات بعض الغدد ذات الصلة بنمو الأعضاء التناسلية والنشاط الجنسى ؛ كالغدة النخامية والغدة الجاركلوية والغدد التناسلية ، العقم ، الضعف الجنسى ، البرود الجنسى ، الأمراض العقلية ، نقص نمو الخصائص الجنسية الثانوية .

٣) اسباب نفسية :

الصراعات النفسية : بين كل من : الدافع الجنسى والمعايير الاجتماعية ، الرغبة الجنسية وموانع الإشباع ، الرغبة الجنسية والخوف والقلق الناجم عنها ، الإحباط الجنسى ، اضطرابات النمو النفسجنسى والتثبيت على مرحلة معينة كعشق الذات وعدم الانتقال إلى مرحلة الاهتمام بالناس والانغماس فى العالم الخارجى ، كبت الجنس وفشل الدفاعات ، الشعور بالتقييد والحظر البيئى مع شدة الرغبة والحاجة إلى الاستطلاع الجنسى ، الشعور بعدم الكفاءة الجنسية (الضعف والبرود) ، عدم التوافق الجنسى ، الشعور بالخوف والتهديد ، الشعور بالفراغ ، ضعف الإرادة والقابلية للاستهواء .

علاج الانحرافات الجنسية :

١) العلاج الطبى : عن طريق فحص الحالة الجسمية واستخدام العلاج المناسب سواء بالهرمونات أو العقاقير المقوية أو المضادة للخوف والقلق والاكتئاب ، واستخدام العلاج الجراحى كما فى بعض حالات الضعف الجنسى (العنّة) لدى الرجال .

٢) العلاجات النفسية : ومنها العلاج التحليلى النفسى لمتابعة أسباب الانحراف وظروف نشأته ومحاولة استئصالها . علاج أسباب الصراع والقلق والخوف ، والإرشاد النفسى للحالات ، واستخدام الشرح والإقناع لتوضيح حرمة الممارسات الجنسية الشاذة وآثارها المختلفة نفسياً ودينياً واجتماعياً وأخلاقياً ، والتأكيد على تقوية الإرادة والضبط الذاتى والتحكم . التربية الجنسية الصحيحة . العلاج السلوكى لتعديل الاتجاهات والعادات والخبرات غير المرغوبة - كالتقزز والاشمئزاز وألم الجماع غير العضوى - وإطفائها ، وتكوين عادات أخرى جديدة صحيحة ومرغوبة عن طريق الإشراط الإيجابى للمثيرات الجنسية بهذه الخبرات والعادات الصحيحة المرغوبة .

٣) العلاج البيئى : ويركز على تعديل الظروف البيئية خاصة فيما يتعلق بأسباب الانحراف ، تبصير الآباء والمعلمين بأدوارهم فى تحقيق التربية الجنسية السليمة للأبناء والتلاميذ ، جعل البيئة المنزلية والمدرسية أكثر ثراء بالنشاطات المناسبة لإشباع الميول والهوايات لدى النشء والشباب ، وبما يساعدهم على استثمار طاقتهم وإعلاء دوافعهم الجنسية خلال الممارسات الفنية والرياضية والعلمية وغيرها .

خامسا : الاضطرابات النفسجسمية
(السيكوسوماتية)
Psychosomatic Disorders

على الرغم من أنه لا يكاد يخلو مرض جسمى من تأثيرات نفسية ، ومن أنه قد لا يخلو الاضطراب النفسى تماما من تأثيرات تكوينية وعضوية ، إلا أن وحدة النفس Psyche والجسم Soma والعلاقة الوثيقة بينهما تتبدى فى أوضح وأجلى صورها فيما يطلق عليه بالإضطرابات السيكوسوماتية ، وهى عبارة عن مجموعة من الأمراض العضوية أو الجسمية Somatic ذات منشأ نفسى Psychogenic حيث تلعب العوامل الانفعالية أو الضغوط والصراعات النفسية دورا بارزا فى ظهورها ، وذلك من خلال الجهاز العصبى المستقل الذى يتحكم فى نشاطات مناطق وأجهزة معينة من الجسم .

ومن بين أشكال الاضطرابات السيكوسوماتية : قرحة المعدة والاثنى عشر ، قرحة القولون ، والإمساك المزمن ، والحساسية الجلدية ، وحب الشباب ، والربو الشعبى ،

والصداع النصفى ، وروماتيزم المفاصل ، وآلام الظهر ، وارتفاع ضغط الدم ، واضطرابات الغدد وما يترتب عليها كمرض السكر والسمنة المفرطة والتسمم الدرقى ، واضطرابات الحيض أو العادة الشهرية لدى الإناث .

وتختلف الاضطرابات السيكوسوماتية عن توهم المرض فى أن الأولى يعانى فيها الفرد آلاما جسمية حقيقية يتم التثبت من وجودها عن طريق التشخيص الطبى ، وليست آلاما متوهمة أو متخيلة كما فى حالة توهم المرض .

كما تختلف الاضطرابات السيكوسوماتية أيضا عن الهستيريا التحولية التى يتحول فيها الاضطراب الانفعالى والعلل المكبوتة إلى خلل فى أحد الأجهزة الحاسية كما فى حالات العمى والصمم الهستيرى ، أو الأجهزة الحركية مثلما هو فى حالات الخدار أو الشلل الهستيرى ، وذلك كحل رمزى للصراع الذى يعانيه الفرد ، ودون أن يكون للخلل فى هذا الجهاز أو ذاك أساس من التغير العضوى أو التبدل الفسيولوچى . وفضلا عن ذلك فإن العرَض أو الخلل الهستيرى يكون له معنى لا شعورى واتصال رمزى مباشر بطبيعة الصراع الذى يعيشه الفرد ، لأنه - أى الفرد - يحوّل كل قلقه إلى هذا العَرض الذى يجد ضالته فى أحد أجهزة الجسم ، وقد يخفف ذلك من توتره .

أما فى الاضطراب السيكوسوماتى فإن الاضطراب الانفعالى الدائب والضغوط والإحباطات المستمرة ، والصراعات والقلق الشديد المتواصل يؤدى إلى تبدلات عضوية ضارة ، وتغيرات فسيولوچية ثانوية فى جهاز أو عضو ما من أعضاء الجسم تؤدى إلى مرض حقيقى قد يتمثل فى قرحة القولون أو روماتيزم المفاصل مثلا ، ولا يكون لهذا التبدل أو التغير أى معنى لا شعورى .

ومن أمثلة الاضطرابات السيكوسوماتية ما يلى :

1 - قرحة المعدة والاثنى عشر :

ينتشر هذا المرض غالبا بين الأفراد الطموحين ذوو العزم والجسارة والإنتاجية العالية . وتفسر حالات المصابين به بأنهم يعانون صراعا خفيا بين شعورهم بالاقتدار والفاعلية والنشاط من ناحية ، ونزوعهم أو ميولهم الاعتمادية والتماسهم الحب والعناية من الآخرين والركون إليهم من ناحية أخرى ، وبأنهم ينكرون هذه الميول الاعتمادية ويكبتونها لما تمثله

من عودة إلى مراحل الطفولة الأولى المرتبطة بعمليات الرضاعة والتغذية اعتمادا على الأم مما لا يتلاءم مع شخصياتهم الناضجة .

إلا أن هذا الإنكار لا يؤدى سوى إلى مزيد من إلحاح تلك الميول كما يؤدى إلى استثارة وظائف التغذية لديهم . ووفقا لما ذهب إليه مصطفى زيور " تنشط المعدة إلى الحركة ، وإلى إفراز عصيرها كأنها تتأهب لاستقبال الطعام ، وكلما كان التنكر لهذه الميول عظيما كان إلحاحها شديدا، وكان بديلها الفسيولوجي - أي نشاط المعدة - إلى الإفراز كبيرا ، ولكن إفراز المعدة في هذه الظروف ليس طبيعيا لأنه غير مقترن بتناول الطعام بحيث إن تدفق العصير المعدى الحامضى مع خلوها من الطعام لابد وأن يؤدى إلى اضطراب مزمن قد ينتهى إلى تآكل غشاء المعدة ، وتكوين القرحة " (فى : فرج عبد القادر طه ، ١٩٩٤ : ١٦٨)

٢ - ارتفاع ضغط الدم :

وينتج عن زيادة الضغوط النفسية والشد العصبى ، وكف الانفعالات الشديدة وعدم التنفيس عن الغضب والعدوان ، وكتمان مشاعر التوتر والقلق والصراع ، مما يؤدى إلى زيادة التحميل على الجهاز العصبى ، والخلل فى معدل إفرازات بعض الهرمونات كالأدرينالين ، وغالبا ما يصاحب ذلك الارتفاع فى ضغط الدم شعورا بالدوار والصداع ويشيع هذا الاضطراب لدى الشخصية الوسواسية المولعة بالتدقيق والنظام الشديد والإتقان والشك وعدم التأكد .

٣ - الصداع النصفى :

ويتمثل فى الشعور بصداع حاد فى نصف الرأس مصحوبا باضطراب فى الرؤية وشعور بالغثيان . ويغلب أن يصاب به أولئك الأفراد الذين نشأوا فى بيئات تتسم بالتزمت والصرامة والتشدد وعدم التسامح إزاء الأخطاء ، مما يؤدى إلى مشاعر عدائية لدى الأبناء نحو السلطة الوالدية ، وكبت هذه المشاعر وغيرها ، وتزايد الرقابة الصارمة من الأنا الأعلى وهو ما يؤدى بدوره إلى مزيد من الإحباط لدى الفرد .

٤ - الأمراض الجلدية :

يذكر أحمد عكاشة (١٩٩٢) أنه يوجد ترابط مستمر بين الأمراض الجلدية

والنفسية ، وأننا عادة ما نعبر عن مشاعرنا وانفعالاتنا بطريقة جلدية كاحمرار الوجه فى مواقف الحرج والخجل ، والعرق عند الفزع ، ووقوف الشعر فى حالات الرعب . كما يقسّم الحالات الجلدية السيكوسوماتية إلى ما يلى :

أ - عصاب الجلد : ومن مظاهره نتف الشعر والأظافر ، والرهاب الجلدى كالخوف من ديدان فى الجلد أو سرطان الجلد ، وعادة ما تأخذ هذه الأمراض طابعا وسواسيا قهريا .

ب - استجابات نفسية مصحوبة باضطرابات فسيولوجية كاحمرار الوجه والعرق الغزير .

جـ - أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسى دورا هاما كالحكة والثعلبة البقعية .

د - أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسى دورا غير محدد كالاكزيما والبهاق والصدفية .

هـ - امراض جلدية مصاحبة لأمراض جسمية ذات علاقة بالعوامل النفسية كالحكة عند بعض مرضى السكر .

ويشير إلى الارتباط بين الحالة الانفعالية وبعض الأمراض الجلدية : كارتباط العدوانية بالحكة ، والقلق بالعرق الغزير ، والغضب بالأرتيكاريا ، وإلى أن مريض الجلد السيكوسوماتى يعانى من شدة الحاجة للحنان والمساندة ، ومن الكبت الشديد لانفعالات الحزن والغضب ، وقمع الدوافع الجنسية . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٥٥١ - ٥٥٢)

علاج الاضطرابات السيكوسوماتية :

- العلاج الطبى النفسى : ويلعب دورا أساسيا فى السيطرة على الحالة بحسب نوعية الاضطراب كما يقرره الطبيب المختص ، وباستخدام الأدوية ومضادات الضغط والحساسية ، والمهدئات التى يحددها تبعا لمقتضيات كل حالة .
- العلاج النفسى : وذلك عن طريق العلاج النفسى التحليلى خاصة بهدف مساعدة المريض على الكشف عن مكبوتاته وصراعاته وتشجيعه على مواجهتها والتخلص منها .
- العلاج البيئى : وينصب على علاج العوامل المسهمة فى الاضطراب داخل البيئة الأسرية ، وتعديل أساليب تعامل أفرادها مع المريض واتجاهاتهم نحوه ، وإرشاد الأسرة والوالدين خاصة إلى كيفية التعامل مع الحالة والتقليل من مصادر الضغوط والإجهادات التى تلعب دورا هاما فى حدوث الاضطراب .

الباب السادس

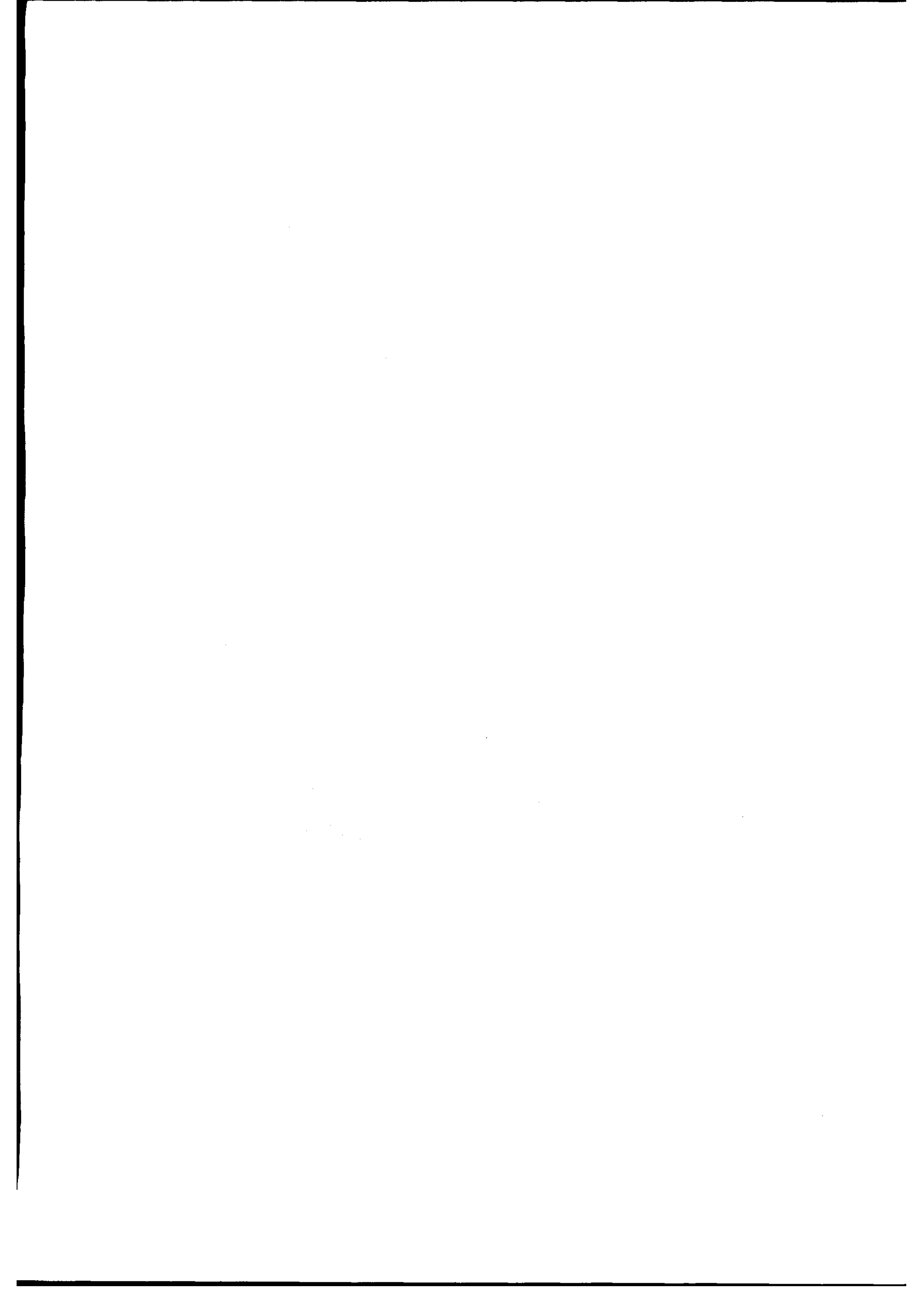
المنظمات الاجتماعية ودورها في الصحة النفسية

الفصل الثالث عشر: الأسرة والصحة النفسية

الفصل الرابع عشر: المدرسة والصحة النفسية



هنري مــــور "الأســــرة" ١٩٥٠



الفصل الثالث عشر
الأسرة والصحة النفسية

- **مدخل**

الأسرة والصحة النفسية للأبناء

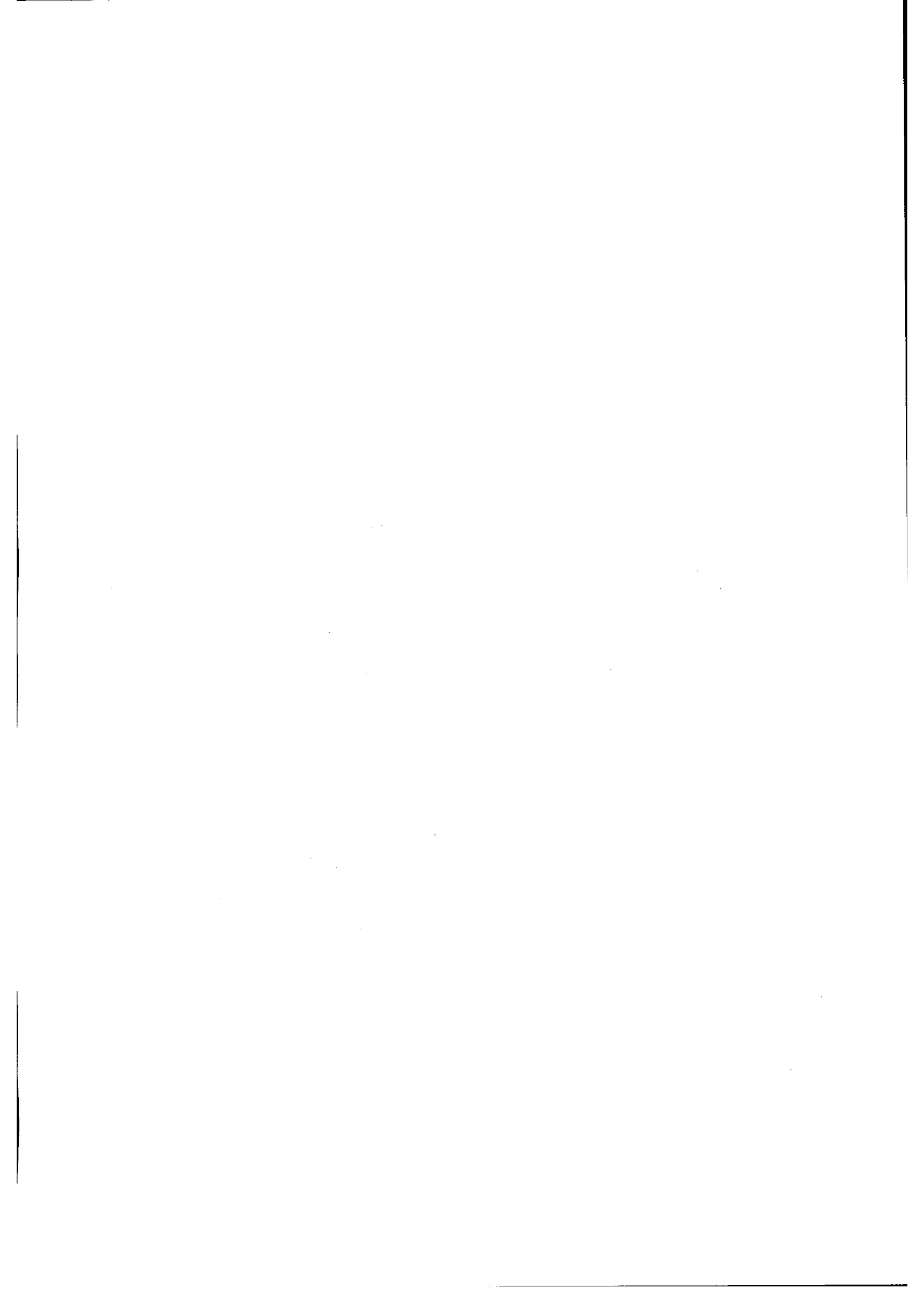
- **عملية التنشئة الاجتماعية .**

خبرات التنشئة المبكرة وآثارها :

- مواقف الرضاعة والتغذية
- مواقف الفطام .
- مواقف التدريب على التحكم فى الإخراج .

- **العوامل الأسرية الحاكمة للتنشئة الاجتماعية :**

- الاتجاهات والأساليب الوالدية فى التنشئة الاجتماعية .
- المناخ الأسرى والعلاقات الأسرية .
- المستوى الاقتصادى - الاجتماعى .
- حجم الأسرة .
- الترتيب الميلادى للطفل .
- غياب الأب وخروج المرأة لميدان العمل .



مدخل :

هناك مصادر بيئية كثيرة تؤثر على سلوك الفرد وخصائص شخصيته ، ومدى توافقه ، وبالتالى مدى ما يتمتع به من صحة نفسية سليمة . وتلعب هذه المصادر أدواراً متباينة بما تسهم به من تأثير سواء من حيث مقداره أم نوعيته . كما أن هذه المصادر متداخلة فليس بينها حدود فاصلة . وهى أقرب ما تكون إلى الدوائر ذات المركز الواحد التى تتسع شيئاً فشيئاً ، أو إلى تلك الحلقات الموصولة التى تؤثر كل منها فى الأخرى وتتأثر بها بحكم الإطار الثقافى العام الذى يحكمها . ومن أهم هذه المصادر : الأسرة ، والمدرسة ، والبيئة الاجتماعية .

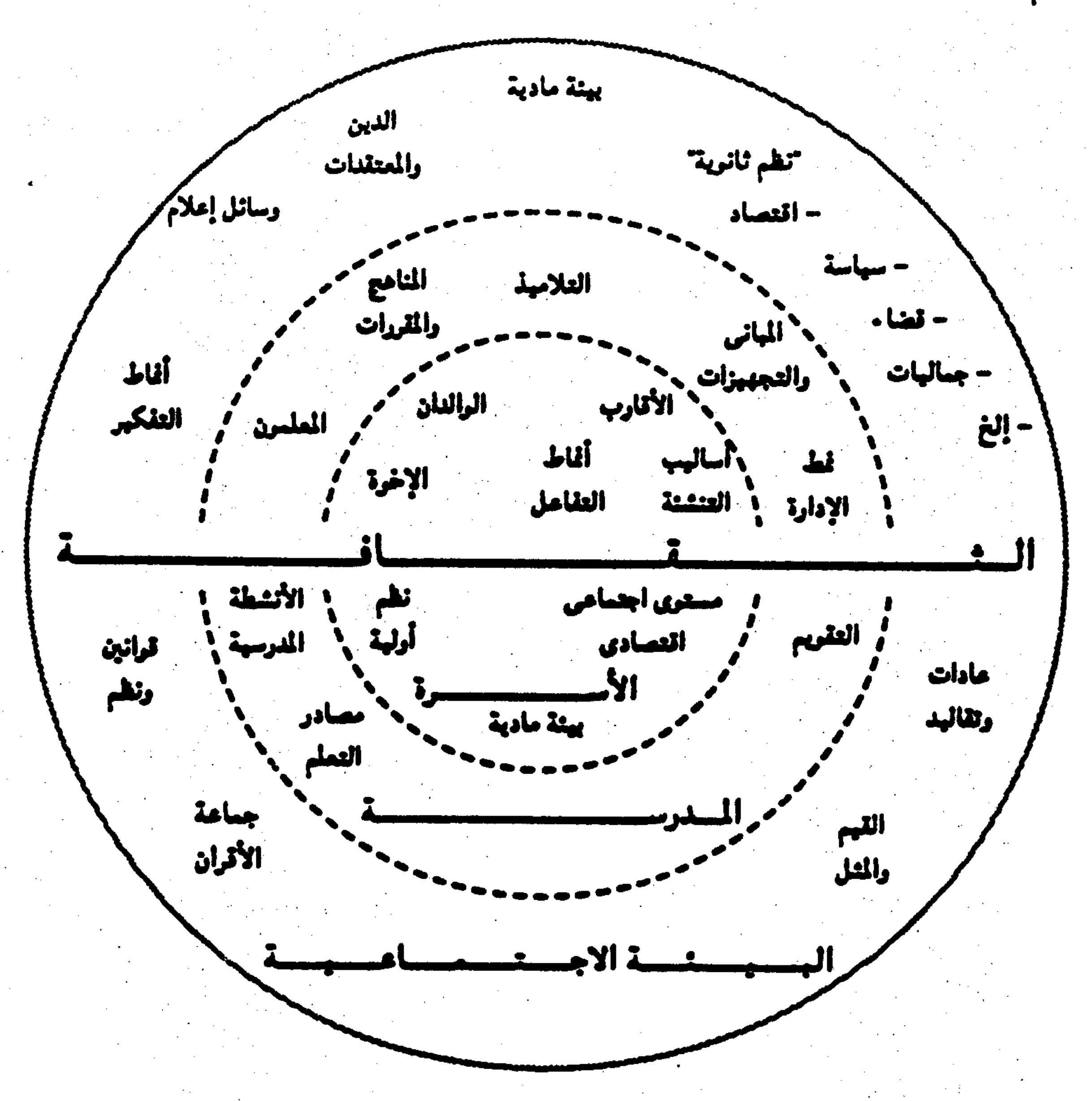
فالأسرة هى الحلقة الأولى ، وهى تمثل الوحدة الاجتماعية الأساسية التى يولد فيها الطفل ، ويشب عن الطوق ، ويُرسى أساس شخصيته فى السنوات الخمس الأولى من عمره عن طريق عملية التنشئة الاجتماعية ومن خلال ما يتعرض له من أساليب معاملة والديه ، ومواقف وعلاقات اجتماعية مع الوالدين والإخوة والأقارب .

أما المدرسة فتمثل المنظمة الاجتماعية الرسمية ، لتربية النشء وتعليمهم بعد السنوات الأولى التى يمضونها فى أسرهم ، وفقاً لنظم وأسس معينة وهى منظمة تحكمها لوائح وقوانين ، ومناخ عام ، وعلاقات وتفاعلات بين الطفل : كمتعلم - ، وعناصر هذا المناخ من مناهج ومقررات وأنشطة ومعلمين وأقران وعاملين : كبيئة معلمة ومربية .

بينما تمثل البيئة الاجتماعية ذلك النطاق الأرحب والأعم ، الذى يعيش فيه الفرد بعناصره الثقافية المادية والروحية المعنوية المتشابكة : كالدين والمعتقدات ، والقوانين ، والنظام السياسى والاقتصادى والتعليمى ، والقيم والعادات والاتجاهات الاجتماعية ، ووسائل الإعلام ، والمؤسسات والهيئات الإنتاجية والخدمية المختلفة .

يصهر هذه الدوائر أو الحلقات الموصولة ، ويعطيها طابعها المشترك عامل هام هو ثقافة المجتمع Culture المميزة له عن غيره من المجتمعات . لذا نجدها جميعاً تسعى وتعمل على طبع النشء بطابع هذه الثقافة وتوجههم إلى طرق التفكير وأنماط السلوك ، التى تعدها الثقافة ملائمة ، مما يؤدى إلى تجانس أبناء الثقافة الواحدة وتشابههم فى الميول والاتجاهات النفسية ، والعادات وطرق التفكير والتكوين النفسى . ومن ثم يمكن

القول بوجود "شخصية مصرية" ، و "شخصية أمريكية " ، و " شخصية هندية " وهكذا ، وذلك بحكم الإطار الثقافى الذى نشأت فيه كل شخصية ، وما امتصته منه وتشربته من قيم وعادات واتجاهات وطرق تفكير ، وأنماط سلوك . (أنظر شكل ١٩)



شكل (١٩) الثقافة كرابط بين الأسرة والمدرسة والبيئة الاجتماعية

هذا لا يعنى أن الشخصيات - فى مجتمع ما - نماذج متكررة بل يعنى وجود قدر من التشابه بين أفراد الثقافة الواحدة تفرضه عناصرها ومكوناتها وطبيعتها العامة . وفى الوقت ذاته يوجد قدر من التنوع بين الأفراد داخل كل ثقافة بحكم مرونة قابليات النشء

للتشكيل بما يتيح لهم العيش فى نظم وبيئات متنوعة من جانب ، وبحكم ما يسمى بالثقافات الفرعية داخل الثقافة التى ينتمون إليها من جانب آخر . وهى الثقافات التى تتولد تبعاً للتوزيع الجغرافى للسكان (ريف وحضر وبدو) ، أو تبعاً للطبقة الاجتماعية التى ينتمى إليها الأفراد (دنيا ووسطى وعليا) مثلاً .

ينشأ الطفل أول ما ينشأ داخل الأسرة بنطاقها الضيق ، وبجوها الطبيعى ، وبعلاقاتها المحدودة بعدد أعضائها والمتصلين بها من الأقارب والأصدقاء والجيران ، ثم ينتقل إلى المدرسة بنطاقها الأوسع ، وبطبيعتها الرسمية النظامية التى تحكم عمليات التربية والتعليم المقصودة ، وفى غدوه ورواحه بين المنزل والمدرسة يزداد اختلاطه واحتكاكه بالناس وبمثيرات البيئة الاجتماعية بنطاقها الأرحب ، وعبر هذه الحلقات الثلاث تتسع علاقات الطفل من علاقات أولية تربطه بوالديه وإخوته ، إلى علاقات وسطى تربطه بأقرانه ورفاقه إلى علاقات ثانوية تربطه بالبيئة الاجتماعية . كما تتنوع تبعاً لذلك فرص تفاعله وتدريبه واكتسابه لخصائصه الإنسانية الاجتماعية ، وتتسع اهتماماته .

ويوضح عبد العزيز القوصى أن النمو النفسى السوى للطفل يتطلب الاتصال الوثيق بين تلك الحلقات الثلاث ، والتدرج فى الانتقال فيما بينها ، بحيث يحتفظ الطفل باطمئنانه وشعوره بالأمن وإشباع حاجاته إلى العطف والتقدير والنجاح . وأن يتحقق للطفل فى جو المدرسة كثير مما يتحقق له فى جو الأسرة من شعور بالعطف والانتماء وتنمية الإحساس بالمسئولية الاجتماعية . وأن تكون المواد المستخدمة فى المدرسة لاستثارة نشاط التلميذ مستمدة من البيئة ، بحيث لا تؤهل التلاميذ للتكيف الاجتماعى فحسب ، وإنما تؤهلهم للنهوض بالمجتمع ورفع مستواه . (١٩٧٥ : ٣٠٣-٣٠٥) .

الأسرة والصحة النفسية للأبناء

إذا كان تحقيق النمو المنشود ، والصحة النفسية السليمة لدى النشء والشباب والراشدين وأفراد المجتمع بصفة عامة هو مسئولية منظمات ومؤسسات متعددة ومختلفة . فإن الدور المتميز والمؤثر الذى تلعبه الأسرة فى هذا الصدد يتضاءل دونه دور أية منظمة ، وتأثير أى مصدر آخر على الطفل فى المجتمع .

فالأسرة هى النبع الأساسى الأول الذى يرتشف منه الطفل رحيق الاستقامة أو الأعوجاج ، كما أنها المجال الاجتماعى والثقافى والمجتمع الإنسانى الأول الذى يمارس فيه الطفل أولى علاقاته الاجتماعية ويكتسب عاداته وتقاليده . (الوسى يعقوب ، ١٩٩٠:٩) لذا .. فإنه ليس بغريب أن ينص الدستور المصرى فى مادته التاسعة على أن الأسرة هى أساس المجتمع ، تحرص الدولة على الحفاظ على طابعها الأصيل وما يتمثل فيه من قيم وتقاليد (١٩٨٦ :٢) .

كما نصّ ميثاق حقوق الطفل العربى على أن " الأسرة نواة المجتمع وأساسه ... وعلى الدولة تقع مسئولية حمايتها من عوامل الضعف والتحلل ، وتوفير الرعاية لأفرادها ، وإحاطتها بالضمانات الكافية .. لتكون قادرة على منح أبنائها الرعاية والدفء والحنان والإطمئنان والاستقرار والأمن الاجتماعى .. " وأن " الأسرة الطبيعية هى البيئة الأولى المفضلة لتنشئة الأطفال وتربيتهم ورعايتهم ، والأسرة البديلة هى الخيار المقدم لملاقاة تعذر هذه التنشئة والرعاية فى كنف الأسر الطبيعية ، وهى مفضلة على جميع صور الرعاية الأخرى ، بما فيها الرعاية المؤسسية " (١٩٨٢ : ٥) .

ويستمد الحديث عن مكانة الأسرة وخطورتها بالنسبة لحياة الطفل خاصة أهميته من عدة اعتبارات أساسية ، منها ما يرجع إلى الأسرة ذاتها كمؤسسة تطبيع اجتماعى وخلية أولى فى بنية المجتمع ، ومنها ما يتعلق بمرحلة الطفولة وطبيعة الطفل أو الوليد البشرى الذى يشب عن الطوق فى رحاب هذا الرحم .

أولاً : اعتبارات خاصة بالأسرة :

لعل من أهم الاعتبارات المتعلقة بالأسرة ذاتها أنها المؤسسة الأولى لعملية التطبيع أو التنشئة الاجتماعية ، يكتسب الطفل عن طريقها أول خبراته التربوية ، ويتفاعل معها . كما يتشرب القيم والمعايير والاتجاهات ، ويتعلم قواعد السلوك ، والعادات والمهارات ، ويلقّن القوانين والنظم والأعراف الاجتماعية لتحل محل تلك العادات والدوافع التى كان قد كونها بطريقة أولية فى سنى المهد ، بحيث يكتسب مقومات السلوك الاجتماعى الذى تحبذه الجماعة التى ينتمى إليها ، وترضى عنه وتتقبله ، ويتهيأ للحياة الاجتماعية ، فيسلك بطريقة متوافقة مع جماعته الصغيرة - أو أسرته - ومجتمعه ، ومتكيفة مع الوسط الذى يعيش فيه .

ويتوقف نمو الطفل نمواً سليماً ، وكذلك نضجه وتوافقه الاجتماعى فى مستقبل أيامه على مدى صلاح أسرته كبيئة تربوية سليمة : فالأسرة هى المصدر الأساسى لإشباع حاجات الطفل المختلفة والتى تتنوع ما بين حاجات بيولوجية يكون إشباعها لازم للنمو الجسمى للطفل كالحاجة إلى الغذاء المتكامل والشراب الصحى ، والإخراج ، والحركة والنشاط واللعب ، وحاجات نفسية لازمة للنمو الوجدانى والانفعالى كالحاجة إلى الأمن والحاجة إلى الحب والمودة ، والمساندة والتقدير ، والتقبل ، والاستقلال وغيرها . وحاجات أخرى يعوزها نمو الطفل الاجتماعى والعقلى : كالحاجة إلى اكتساب المهارات والعادات الاجتماعية ، والحاجة إلى الاستطلاع والبحث والتجريب ، واكتساب وتنمية المهارات العقلية واللغوية وغيرها .

وغنى عن البيان أن إشباع تلك الحاجات دون إفراط ولا تفريط أمر حيوى إذا ما أريد للطفل أن ينمو نمواً جسمياً ونفسياً وعقلياً واجتماعياً سوياً . ويلمح بولبى (Bowlby , 1959) على سبيل المثال إلى أن حرمان الطفل من الحب فى السنوات الخمس الأولى يؤدى إلى ضعف مقدرته على التكيف مع الوسط الذى يعيش فيه ، وإلى تعلمه أنماطاً من السلوك غير التوافقى ، كما يؤدى إلى توليد اتجاه عدائى مضاد للمجتمع ، على أساس أن الحب هو العلاقة الإنسانية الأساسية فى المحيط الأسرى ، وهو العامل الأول فى تكوين اتجاهات إيجابية نحو المجتمع والحياة بصفة عامة .

وفضلاً عن ذلك فإن الأسرة هى الرحم الذى يتلقى الطفل وليداً ليتعهده بالرعاية والتنميط . وبقدر ما يتميز به مناخ هذا الرحم ويعكسه من أمن وطمأنينة أم خوف وتهديد ، وشعور بالتواد والحب والدفء أم بالعداوة والبغضاء ، وتماسك واستقرار أم تفكك واضطراب بقدر ما تتشكل شخصية الطفل ، لتكون ناضجة متزنة متوافقة ، تتمتع بالسعادة والإيجابية والإقبال على الحياة والثقة بالنفس ، أم لتكون مضطربة خوافة تعيسة ، تعانى مشاعر القلق والتوتر والصراع ، والإحباط والكراهية ، وغيرها من دلائل سوء التوافق واعتلال الصحة النفسية .

من زاوية أخرى فإن الطفل يتعرض فى سياق أسرته - بحكم ما لها من دور فى عملية التطبيع الاجتماعى - إلى ممارسات وأساليب واتجاهات معينة فى تنشئته من قبل

الوالدين ، ويقصد بها ما يتشيع له الاباء والأمهات ، ويمارسونه مع أبنائهم من طرق معاملة صريحة أم ضمنية ، مقصودة أم غير مقصودة فى توجيههم وتشكيل سلوكهم .

جدير بالذكر أن الاتجاهات الوالدية فى التنشئة تحدد بدورها أساليب التفاعل بين الطفل من جانب ، وأبويه من جانب آخر ، " فالطفل لا يتخذ موقفاً سلبياً من تلقيه أسلوباً معيناً فى التنشئة بل يتفاعل معه ويعالجه ، ويترجمه فى ذهنه بأسلوبه الخاص ، ثم يسلك سلوكاً معيناً كاستجابة لذلك ، وطريقة معالجة هذا الأسلوب فى إدراكه تختلف بينه وطفل آخر حسب عدة عوامل منها تركيبه النفسى ، ومفهومه عن ذاته ، وأسلوبه الإدراكى ، أو بسبب عوامل أخرى " (محمد عماد زكى ، ١٩٩٠ : ٧٦) .

وترتبط أساليب التفاعل بين الطفل وأبويه والمترتبة على اتجاهات التنشئة الوالدية بنمط تلك الاتجاهات ، وما إذا كانت تتسم بالسواء (الإيجابية) كالشورى ، والتفهم والتقبل ، والتشجيع ، والحب والحنان ، والتأييد والمساندة ، أم تتسم باللاسوية (السلبية) كالتسلط والإهمال ، والقسوة والإيذاء البدنى ، والتدليل والحماية الزائدة ، والتفرقة والتذبذب فى المعاملة ، والنبذ ... وغيرها .

ثانياً : اعتبارات خاصة بمرحلة الطفولة وطبيعة الطفل :

تعد مرحلة الطفولة بداية مراحل نمو الطفل ، وتطبيعه الاجتماعى والإنسانى ، وتدريبه على أنماط السلوك المختلفة التى تعينه على التوافق الشخصى والاجتماعى . ويتشكل خلال هذه المرحلة التنظيم العام لشخصية الطفل ، وترسى أسس صحته الجسمية والنفسية . ومن الضرورى ضماناً لسير هذا النمو سيراً طبيعياً فى الوجهة المنشودة ، أن تكون بدايته بداية صحيحة . وقد يكون من المستحيل تأمين هذه البداية بمعزل عن بيئة أسرية مواتية للنمط السوى .

كما أن مرحلة الطفولة هى الدعامة والركيزة الأساسية لمراحل النمو اللاحقة للفرد ، وذلك نظراً لما تلعبه السنوات الأولى فى الحياة من دور حاسم فى تكوين اتجاهاته وميوله وقيمه ، وتشكيل ملامح شخصيته والأساس الأول لسلوكه ونظرته إلى الحياة . فالخبرات المبكرة التى يتعرض لها الطفل فى سياق أسرته ، وما يكتسبه خلالها من معارف ومهارات وعادات ، وسمات شخصيته ، تنعكس آثارها على شخصيته فى مراحل حياته

المقبلة ، بل وتظل ملازمة له طوال عمره ، إذ يرى عدد غير قليل من العلماء والباحثين على اختلاف توجهاتهم النظرية أن المراحل التالية لمرحلة الطفولة إنما تعد امتداداً طبيعياً لهذا النموذج الذى تشكلت عليه الشخصية فى المراحل التكوينية الأولى .

ومن ثم فإن الاهتمام بتأمين مناخ أسرى سليم لطفل اليوم يعد فى جوهره ضماناً لتفريخ أجيال من الشباب والراشدين المتوافقين والمتمتعين بالصحة النفسية السليمة ، والقادرين على العطاء ، وعلى تحمل مسئولياتهم بكفاءة فى الحياة الاجتماعية فى مستقبل الأيام .

ويتميز الطفل فى بواكير عمره بخصائص هامة لعل من أهمها العجز وقلة الحيلة ، والافتقار إلى الخبرة ، وعدم النضج ، إضافة إلى التهيؤ الفطرى للتعلم ، والمرونة والطواعية ، والقابلية للإيحاء والامتصاص والتشرب والتشكيل . وهو ما يستوجب من القائمين على أمر تنشئته ورعايته تهيئة بيئة تربوية أسرية يمكنها استغلال هذه الخصائص ، واستثمار تلك القابليات بما يضمن تلبية حاجات الطفل ، وتيسير فرص النمو المتكامل لاستعداداته وجوانب شخصيته . ذلك أن الطفل الذى يفتقد الظروف والفرص اللازمة لإشباع حاجاته ، وتنمية استعداداته ، وتجنيبه التوتر والصراع والإحباط والانحراف ، يستحيل عليه أن يغدو شاباً سليماً من الناحيتين الجسمية والنفسية .

ولهذه الاعتبارات تتواصل الجهود على مختلف المستويات لرعاية الطفولة ، حيث أكد الإعلان العالمى الذى أقرته الجمعية العمومية للأمم المتحدة فى العشرين من نوفمبر ١٩٥٩ لحقوق الطفل على حمايته من كافة صنوف الإيذاء والاستغلال والإهمال ، وألا يكون موضعاً لأى شكل من أشكال الإساءة أو المتاجرة التى من شأنها الإضرار بصحته أو تربيته ، أو إعاقة نموه الجسمى أو العقلى أو الأخلاقى .

كما أشار ميثاق حقوق الطفل العربى إلى أن تنمية الطفولة ورعايتها وصون حقوقها مكون أساسى من مكونات التنمية الاجتماعية ، بل هو جوهر التنمية الشاملة ، فالطفولة هى المستقبل ، والعامل الحاسم فى صنعه ، وأن تنميتها ورعايتها التزام دينى ووطنى وقومى وإنسانى ، نابع من عقيدتنا ، وقيمنا الروحية والاجتماعية ، وتراثنا ومبادئنا ، واستجابة لتطلعاتنا . (١٩٨٢ :٥) .

وقد واكبت الجهود على المستوى القومي تلك الاهتمامات بالطفولة على المستويين العربي والعالمي ، وكان آخرها ما تمثل في الوثيقة التي أصدرها السيد رئيس الجمهورية في العاشر من أكتوبر ١٩٨٨ ، بأن تكون السنوات ١٩٨٩ - ١٩٩٩ عقدا لحماية الطفل المصري ورعايته .

العوامل الأسرية والصحة النفسية

هناك عوامل أسرية مختلفة تؤثر إيجابا وسلبا في الصحة النفسية للأبناء منها ما يتعلق بعملية التنشئة الاجتماعيه وخبراتها المبكرة في حياة الطفل : كمواقف التغذية والفطام والتدريب على عمليات الإخراج ، إضافة الى متغيرات أسرية أخرى تحكم عملية التنشئة ذاتها وتطبعها بطابع معين : كالأساليب الوالدية في معاملة الأبناء ، والعلاقات الأسرية وأنماط التفاعل والاتصال في المحيط الأسري ، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة ، وحجم الأسرة ، والترتيب الميلادي للطفل ، إضافة إلى متغيرات أخرى فرضها التغير الاجتماعي : كخروج المرأة لميدان العمل وغياب الأب عن الأسرة . وقبل أن نعرض لهذه المتغيرات في ضوء نتائج البحوث نشير في لمحة سريعة لطبيعة عملية التنشئة الاجتماعية Socialization .

عملية التنشئة الاجتماعية :

من الوظائف الرئيسة للأسرة عملية التنشئة الاجتماعية ، وهي العملية التي يتحول الطفل بمقتضاها من مجرد كائن بيولوجي لا يبحث سوى عن الإشباع الفوري المطلق لرغباته ، وحاجاته الأولية الكفيلة بحفظ حياته واستمرارية نوعه ، إلى شخص "اجتماعي" له دور اجتماعي ، وحقوق وواجبات ، يعيش في بيئة اجتماعية ذات إطار " ثقافي" محدد ، ويتفاعل تبعاً لذلك كله مع أشخاص آخرين .

التنشئة الاجتماعية - إذن - هي عملية "تعلم اجتماعي" يمتص الفرد الإنساني عن طريقها قيمه ومثله ، ويتشرب اتجاهاته الاجتماعية ، ويكتسب المهارات اللازمة للحياة الاجتماعية ، ومقومات السلوك الاجتماعي المقبول في بيئته ، لكي يصبح عضواً فعالاً في جماعته الصغيرة وفي مجتمعه .

والتنشئة الاجتماعية عملية مستمرة ومتكيفة . تكون أكثر تركزاً وتكثيفاً خلال مرحلة الطفولة ، وتبدأ مع اللحظات الأولى من عمر الطفل ، إلا أنها تظل مستمرة مع الفرد بعد ذلك ، تلازمه فى مختلف مراحل نموه من خلال ما يكتسبه عن طريق تفاعله مع والديه وأخوته وأقاربه ، ورفاقه فى الشارع وزملائه فى المدرسة وفى مواقع العمل . وهى تتكيف مع حاجات الفرد ومتطلبات نموه والدور الذى يلعبه ، ليصبح بدوره أكثر توافقاً ومشاركة فى الحياة الاجتماعية .

تسهم فى عملية التنشئة الاجتماعية عدة عمليات نفسية شعورية ولا شعورية كالتقليد والمحاكاة ، والتقمص والتعميم من جانب الطفل ، كما تعتمد على استخدام وسائل وأساليب معينة من قبل الكبار كالإيحاء والثواب والعقاب ، والتشجيع والمدح والتدعيم الإيجابى لأنماط السلوك المحبذة والمرغوبة ، والاستنكار والنهى والتدعيم السلبى للسلوكيات المستهجنة أو غير المرغوبة .

فالطفل يتعلم أول ما يتعلم عن طريق التقليد والمحاكاة ليس فقط لغته اللفظية ، وإنما يكتسب معتقداته وقيمه ومثله ، واتجاهاته الاجتماعية نحو الذات ونحو الناس ، ونحو النظام والسلطة ، ونحو الدين والمجتمع . يساعد على هذه العملية أن الطفل فى سنواته الأولى يتسم باعتماديته الشديدة على والديه - وبخاصة أمه - وبالتصاقه الحميم بهما فهما مصدر إشباع حاجاته . كما يتسم بقابليته العالية للاستهواء والتأثر بخصائصهما ، وبما يعكسانه من انفعالات ، وبما يصدر عنهما من سلوك ، ومن ثم ينزع إلى تقليدهما ومحاكاتهما .

كما يمتص الطفل بعضاً من صفاته الاجتماعية واتجاهاته عن طريق التقمص اللاشعورى لنموذج الأم أو الأب ، أو بعض الأفراد من ذوى النفوذ أو الجاذبية سواء فى محيط أسرته أو مجتمعه .

وقد تباينت تفسيرات العلماء والباحثين لهذه العملية . إذ يرى بعضهم أن أساس التقمص هو الارتباط الشرطى بين صورة الوالد وشعور الطفل بالإشباع والإثابة . ويحدث ذلك نتيجة تكرار ارتباط صورة الوالد - الذى يتقمص الطفل شخصيته - بإشباع احتياجاته العضوية والنفسية . وطالما أن الطفل بإمكانه القيام ببعض أفعال والده ، فإنه ينزع إلى تقمص دوره لكى يشعر بالإثابة ذاتياً . ومن الباحثين من يرى أن الشخص

صاحب "النفوذ الاجتماعي" - أي من يمتلك حق منح الإثابة للطفل ومنعها - هو الذى يتم اختياره كنموذج للتقليد من جانب الطفل دون وضوح ما إذا كان الباعث إلى ذلك هو الحصول على المنح أو مشاركة صاحب هذا النفوذ قوته ، أو كلا الأمرين معاً . (سعد جلال ، ١٩٨٢ : ٣٣٧ - ٣٣٨) .

بينما يعدّ فرويد التقمص نتاجاً للموقف الأوديبى ، فخلال الصراع الأوديبى الذى يعانيه الطفل نتيجة منافسته الوالد المماثل له فى نوع الجنس على الاستئثار بحب الوالد من الجنس الآخر ، يشعر الطفل بعدم مقدرته على الاستمرار فى المنافسة وحسمها لصالحه . ومن ثم لا يجد حلاً لصراعه بين مشاعر حبه وكراهيته فى آن واحد لهذا الوالد المماثل له فى نوع جنسه سوى بتقمص شخصيته ، وتكوين صورة أخرى له . وهكذا يتمثل الولد شخصية أبيه ، وتتقمص البنت شخصية أمها .

وقد أوضحنا فى سابق حديثنا عن التقمص كإحدى الحيل الدفاعية ، أن له وظائف كثيرة منها ما قد يكون بنائياً ، يسهم فى تحقيق التوافق النفسى لدى الفرد ، فقد نتقمص شخصية ما لنشبع حاجة أو عدة حاجات لم نستطع إشباعها فى الواقع كحاجتنا إلى القوة أو النجاح أو النفوذ . كما أوضحنا أيضاً أن تحقيق هذه الوظيفة مرهون أساساً بعدة أمور منها طبيعة النموذج الذى نتقمصه من حيث سويته أو اضطرابه ، صلاحيته أو عدم صلاحيته ، ومن حيث درجة اعتمادنا عليه فى تحقيق حاجتنا ، وما إذا كانت بصورة مرحلية مؤقتة أو مزمنة مستمرة .

ولما كان الوالدان مصدر إشباع وجاذبية ، ونماذج اقتداء بالنسبة للطفل يحاكيها ويتقمصها ، فإن خلوهما من الأعراض العصابية وأشكال الاضطراب يعد أمراً بالغ الأهمية فى حياة الطفل وتكوين شخصيته . بحيث يكونا نماذج قدوة طيبة ، وينعكسان آثاراً إيجابية على صحته النفسية .

الخبرات الأولى فى التنشئة الاجتماعية وأثرها على الصحة النفسية للطفل :

توصف سنوات الطفولة المبكرة بأنها سنوات تكوينية بحكم عاملين هما : مطاوعة الطفل ومرونته وقابليته للتشكيل ، وعجزه واعتماديته على الوالدين فى إشباع حاجته . لذا فإن الاستثارة والرعاية وفرص التعليم ، والروابط والعلاقات الاجتماعية ، والخبرات

التى يتعرض لها من خلال هذه المرحلة ، تعد بالغة الأهمية ، ولها آثار حاسمة على شخصية الطفل وتكوينه النفسى والاجتماعى . وقد أوضح فرويد أن ما قد يحدث للطفل من صدمات انفعالية فى سنواته الخمس الأولى يلعب دوراً كبيراً فى التمهيد لإصابته بالاضطرابات النفسية والعقلية مستقبلاً .

وتنجم الخبرات الصدمية الأولى فى حياة الطفل عن مواقف متعددة يجب أن تضعها الأسرة محل اعتبارها ، ولعل أكثر هذه المواقف أهمية ما يلى :

ا - مواقف الرضاعة والتغذية :

عملية الرضاعة ليست مجرد إمداد الطفل بالطعام لإشباع حاجات فسيولوجية ، وإنما هى عملية معقدة وفى غاية الحساسية . إنها موقف اجتماعى يتضمن علاقة وجدانية جسمية مباشرة بين الأم - أو من يقوم مقامها - والطفل . ومن هنا أكد الباحثون على عدة أمور منها :

أ - للرضاعة الطبيعية جوانبها السيكولوجية التى تفوق فى طبيعتها الرضاعة الصناعية . فهى "موقف رابطة طبيعية ، وتعلق مباشر بين الطفل وأمه يعين على الإسراع بالنمو الانفعالى والوجدانى والاجتماعى للطفل" . (آمال صادق ، وفؤاد أبو حطب ١٩٩٠ : ٢٨٥) .

ب- أهمية أن تكون الأم راغبة فى الرضاعة الطبيعية لضمان شعور الطفل بالطمأنينة والعطف والحنان . " فالأم التى ترضع الطفل أداءاً للواجب دون رغبة منها فى ذلك تصاب بالتوتر ، وينعكس اضطراب الأم هنا على الطفل فيبدى علامات الضيق ، وعلى النقيض من ذلك فإن الأطفال يميلون إلى الهدوء إذا كانت أمهاتهم مسترخيات " . (ليندا دافيدوف ١٩٨٨ : ١٣٣) .

جـ- ضرورة تنظيم مواعيد الرضاعة تبعاً لحاجة الطفل وطول المدة التى يحددها ، وعدم إنهاء عملية الرضاعة قسراً ورغماً عن الطفل أو استخدام العنف فى ذلك مما يسبب التوتر والألم لدى الطفل .

٢- مواقف الفطام :

يقصد بالفطام أن يستعيض الطفل عن الرضاعة الطبيعية أو الصناعية بتناول السوائل والمواد اللينة والصلبة من الطعام ، وهى لا تعنى مجرد إبدال لبن الأم بطعام آخر ، وإنما هى عملية نفسية قد يترتب عليها شعور عميق لدى الطفل بالألم والخوف والتوتر نتيجة الانفصال عن أمه ، وفقدانه لما يرتبط بعملية الرضاعة من حنان وعطف ولذة .

ويذكر سعد جلال (١٩٨٢ : ٣٠٥) " إن الحرمان المبكر من الشبع من ثدى الأم له ضرره كما أن الإفراط فى تعويد الطفل على رضاعة الثدى له ضرر أيضاً . فكلاهما يلوّن شخصية الطفل فى المستقبل بلون يتفق والحرمان أو زيادة الشبع " .

ويجب أن تتم عملية الفطام بشكل تدريجى وبرفق ، وليس فجأة وبعنف فالفجائية واستخدام العنف والقسوة فى فطام الطفل غالباً ما يصيبانه بالقلق وربما يلجآنه بعد انتهاء فترة الفطام إلى مص أصابعه وقضم أظافره - خاصة فى مواقف التوتر والضيق - لاستشعار لذة المص التى افتقدها . وربما استمرت معه هذه اللازمة لفترة طويلة حتى فى كبره . كما يجب تجنب الفطام المبكر والفطام المتأخر لما يترتب على كل منهما من تثبيت ومضار بعيدة المدى على التكوين النفسى .

٣- مواقف التدريب على التحكم فى الإخراج :

يعد التدريب على عملية ضبط عمليات الإخراج (التبول والتبرز) من أهم الخبرات التى يكتسبها الطفل للتحكم فى احتياجاته الطبيعية ، وللتعود على المعايير الاجتماعية الواجبة فى إشباع هذه الاحتياجات .

ويؤكد الباحثون على أهمية عدم التصلب والتعسف أو اللجوء إلى القسوة والإيذاء فى تدريب الأطفال على العمليات الإخراجية لما يترتب على ذلك من توتر وقلق ، ونمو المشاعر العدائية عند الأطفال تجاه الوالدين ، أو بتبولهم لا إرادياً ، وشعورهم بالإمساك المزمن . كما يرى المحللون النفسيون أن من نتائج اللجوء إلى التعسف والقسوة فى تدريب الطفل على التحكم فى عمليات الإخراج ، أن ينشأ متزمتاً شحيحاً بخيلاً ، يعانى من أعراض العصاب الوسواسى القهرى .

ويلخص كلاً من آمال صادق وفؤاد أبو حطب (١٩٩٠ : ٢٨٨) عن ويلى وونج (1986) مستلزمات التدريب الناجح على التحكم فى الإخراج فيما يلى :

أ - التحكم الإرادى فى الأمعاء والمثانة ، ويحدث خلال الفترة العمرية من ١٨ - ٢٤ شهراً .

ب- المقدرة العضلية على المشى وخلع الملابس والجلوس على " القصرية" .

جـ- المقدرة على الشعور الجسمى بحركة البول أو البراز أو كلاهما ، والحاجة إلى التخلص منهما ، ومعرفة الوالدين ببعض المنبهات غير اللفظية ، والتعبيرات الوجهية ، ووضع قامة الطفل الدالة على ذلك .

د - المقدرة على استخدام بعض المهارات اللغوية للتعبير عن الحاجة إلى الإخراج .

العوامل الأسرية الحاكمة للتنشئة الاجتماعية والمؤثرة فى الصحة النفسية للأبناء :

هناك متغيرات أسرية كثيرة تحكم عملية التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة ، وتؤثر على الصحة النفسية للأبناء ، تبعاً لما يترتب على هذه المتغيرات من معاملة الوالدين وتفاعلات بين أعضاء الأسرة . ومن بين هذه المتغيرات ما يلى :

١- الاتجاهات والأساليب الوالدية فى تنشئة الأبناء .

٢- المناخ الأسرى والعلاقات الأسرية .

٣- المستوى الاقتصادى الاجتماعى للأسرة .

٤- حجم الأسرة .

٥- الترتيب الميلادى للطفل .

٦- غياب الأب وخروج المرأة لميدان العمل .

وفيما يلى شرح موجز لهذه المتغيرات * .

---

* اعتمد المؤلف فى معظم هذا الجزء على ما كتبه عن بعض المتغيرات الأسرية ذات الصلة بإساءة معاملة الطفل ضمن الإطار النظرى لبحث مظاهر إساءة معاملة الطفل فى المجتمع المصرى ، أكاديمية البحث العلمى (عبد السلام عبد الغفار وآخرون ، ١٩٩٧) .

أولاً : الاتجاهات والأساليب الوالدية فى تنشئة الأبناء :

تعد الأساليب والطرق التى يتبعها الوالدان فى معاملة الطفل وتنشئته الاجتماعية ، من أهم العوامل الأسرية الحاكمة للتكوين النفسى للطفل وتوافقه وصحته النفسية . وتتباين هذه الأساليب من حيث نوعيتها وآثارها فى تنشئة الأبناء فمنها أساليب سوية محبذة ومرغوبة كالتسامح والديمقراطية ، والاتساق ، والاهتمام والتقبل ، واللين والرحمة ، وأساليب أخرى لا سوية من أمثال التسلط والتشدد ، والتذبذب ، والتدليل والحماية الزائدة ، والتفرقة ، والإهمال والنبذ والقسوة .

ولأساليب التنشئة التى ينتهجها الآباء فى معاملة الأبناء محددات كثيرة من بينها أعمارهم الزمنية - فالآباء المتقدمون فى السن ينزعون إلى استخدام أساليب قد تختلف من حيث طبيعتها عن تلك التى يستخدمها صغار السن - والطبقة الاجتماعية ، والثقافة الفرعية التى ينتمون إليها ، والإطار الثقافى العام للمجتمع الذى يعيشون فيه ، وكذلك خبراتهم السابقة ، ومدى وعيهم بالأساليب التربوية المرغوبة وتأثيراتها على النشء ، وطبيعة البيئة التى يحيون فيها ريفية أم حضرية أم بدوية ، ووسائل الإعلام ، كما تتأثر أساليب التنشئة بحجم الأسرة ونمطها ، نووية صغيرة أم ممتدة كبيرة ، وطبيعة العلاقات السائدة فيها ، ومدى توافقها وتماسكها ، وطبيعة الطفل ذاته . (نجيب اسكندر وزميله ١٩٥٩ ، Baley & Schaefer, 1960 ، سيد عثمان ١٩٧٠ ، چون كونجر وآخرون ١٩٨٧ ، محى الدين حسين ١٩٨٧ ، محمد عماد زكى ١٩٩٠) .

وتلعب طبيعة الأبناء دوراً هاماً فى تشكيل الطريقة أو الأسلوب الذى يعاملهم به الآباء ، وذلك أن العبرة فى كثير من الأحيان ليست بأسلوب الآباء وتصرفاتهم فى حد ذاتها ، وإنما بالطريقة التى يتلقى بها الأبناء هذه التصرفات وإدراكاتهم لها ، وما يترتب على ذلك من تفاعلات (عبد الحليم محمود السيد ١٩٨٠) كما تؤثر السمات المزاجية الانفعالية للآباء ومدى توافقهم النفسى والاجتماعى على الطريقة التى يعاملون بها أبناءهم . وتجدر الإشارة فى هذا الصدد إلى أهمية تمتع الآباء بصحة نفسية سليمة حتى يتسنى لهم استخدام أساليب سوية فى التنشئة ، وإلى أهمية أن يكونوا نماذج اقتداء مرغوبة يتوحد بها أبناءهم . وقد أوضحت نتائج البحوث أن انخفاض مستوى القلق لدى الأبناء يقترن بانخفاضه لدى الآباء (أحمد جبر ١٩٨٧) وأن آباء الأطفال ذوو الاضطرابات السلوكية يتسمون بالخجل والانسحاب والميل إلى الانطواء ، كما اتسمت أمهاتهم بالعزلة

والسلبية والتحكم والدقة ، وضعف الثقة بالنفس ، وبإبداء استجابات تتسم بالنقد والنفور فى علاقاتهن بأبنائهن (Singh 1979 , Elmor 1979) كما كن أقل من حيث التشجيع اللفظى ، والمشاركة الاجتماعية ، والصراحة فى معاملة الأبناء ، وأكثر صرامة ودقة وانفرادية (Awgawal 1982) .

ومن بين الأساليب والاتجاهات الوالدية اللاسوية فى تنشئة الأبناء ما نجمله فيما يلى :

1 - التسلط والتشدد :

ويقابله على الطرف الآخر الديمقراطية والتسامح ، ومن المعالم الأساسية لهذا الأسلوب الضبط المفرط لسلوك الأبناء ، والصرامة فى معاملتهم ، وإلزامهم الطاعة العمياء ، والخضوع لما يلى عليهم من أوامر ونواهى ، والانصياع لما يفرض عليهم من تعليمات من قبل الآباء ، بحيث لا يمنحون الفرص اللازمة للتعبير عن استقلالياتهم وإراداتهم . كما ينطوى هذا الأسلوب فى التنشئة على رفض آراء الطفل ولومه ونقده ، وعقابه وحرمانه ، وإرغامه قسراً ، والتخويف المستمر من العقاب ، وربما إذلاله .

وقد يلجأ الوالدان إلى مثل هذا الأسلوب مدفوعين بخوفهم الشديد ، وقلقهم على الأبناء معتقدين أن أولئك الأبناء عاجزون عن إدراك مصلحتهم مثلما يدركونها ، ومن ثم ينزعون إلى تطبيعهم بالكيفية التى يريدونها هم ، فيكثرون من إسداء النصح ، وإصدار الأوامر ، والتدخل السافر فى أخص شئونهم لتحديد صداقاتهم ، ونوعية ملابسهم ودراستهم ... وغيرها . وينعكس هذا القلق والخوف من قبل الآباء على أبنائهم بتأثير العدوى الانفعالية .

كما قد يلجأ الوالدان إلى هذا الأسلوب لما يتمتعون به من سمات مزاجية انفعالية كالتزمت والصرامة ، أو خصائص عقلية كالتصلب ، أو نتيجة طرق التنشئة التى درجوا ونشأوا عليها فى صغرهم ، أو نتيجة إسقاط طموحاتهم الزائدة على الأبناء دون أن يقيموا اعتباراً لاستعدادات أولئك الأبناء وميولهم .

ويؤدى أسلوب التسلط والتشدد فى جميع الأحوال إلى إنماء مشاعر التهديد ، والخوف والقلق ، وخلق ضمير صارم متزمت لدى الأبناء ، وتصاعد مشاعرهم العدائية تجاه

السلطة الوالدية وربما تعميمها إلى كل ما يماثلها ، كما يؤدى بالطفل إلى الاستكانة والخضوع والإمعية ، ويقتل روح المبادأة والاستقلالية لديه ، وربما يدفع به إلى الهروب من المنزل التماساً لبيئة أقل تقييداً وأكثر تحرراً ، مما قد يسلمه فى النهاية إلى قرناء السوء وتبنى أنماط سلوكية عدوانية ومضادة للمجتمع .

ب- عدم الاتساق فى معاملة الطفل :

لعدم الإتساق فى معاملة الطفل معنيان أولهما التذبذب بين اللين والشدة ، والتقلب بين القبول والرفض ، بحيث لا يكون للمعاملة الوالدية طابعاً متميزاً مستقراً يعين الإبن على تكوين إطار أو قاعدة سلوكية تمكنه من التنبؤ بتصرفات الوالدين إزاء ما يصدره من سلوك فى موقف ما . فقد تنزع معاملة الوالدان - أو أحدهما - إلى القسوة أو العقاب حيناً ، وإلى التسامح أو الإثابة حيناً آخر بالنسبة للسلوك نفسه دون مبرر معقول ، ومن ثم يعجز الطفل عن تكوين فكرة ثابتة عن سلوكه ، وبالتالى ما يؤدى إلى تعزيزه أو كفه .

أما المعنى الآخر لعدم الاتساق فى معاملة الطفل فهو عدم توحيد الوالدين ما يتبعانه من طرق فى معاملة الأبناء ، أو الاتفاق بشأنها . فربما نزع أسلوب الأب إلى التسامح فى موقف ما ، بينما ينزع أسلوب الأم فى الموقف ذاته إلى التشدد . وفضلاً عما يعكسه هذا الأمر من تباعد فى وجهتى نظر كل من الأب والأم فى عملية التنشئة ، فإنه قد يكون مؤشراً على اضطراب العلاقات فيما بينهما ، فيحاول كلا منهما استمالة الطفل إلى جانبه ، أو تنشئته على النحو الذى يرضيه بصرف النظر عن صالح الطفل ذاته ، وهو ما يصيب الطفل بالحيرة والشك ، والتردد والازدواجية ، ويعرّضه للتمزق بين الأب والأم ، واهتزاز ثقته بهما ، وشعوره بالضياع بينهما ، فضلاً عن اضطراب المعايير الاجتماعية لديه .

جـ- التدليل والحماية الزائدة مقابل الفطام النفسى والحرية :

يعنى تدليل الطفل التهاون والتراخى فى معاملته ، واستخدام أساليب الإثابة والتشجيع مقام أساليب العقاب والنهى والزجر ، بمعنى التجاوز عن أخطائه واعوجاج سلوكه . ومن بين معانى التدليل أيضاً قضاء كل ما تنزع إليه نفس الطفل فى الوقت الذى يريد ، وبالطريقة التى يرتضيها ، مهما كان ذلك سخيفاً أم غير مشروع .

كما تعنى الحماية الزائدة التدخل السافر فى شئون الطفل ، وقيام الوالدين - أو من يقوم مقامهما - بالمسئوليات والمهام التى يتوجب عليه التدريب على تحملها أو يتعين عليه إنجازها .

وقد يعكس التدليل والحماية الزائدة الحب المفرط من قبل الوالدين لطفلهما ، وخوفهما الشديد عليه لاعتبارات متعددة ، إلا أن هذين الأسلوبين - فى حالات معينة - ربما يعبران عن تكوين عكسى - أو سلوك مضاد - من قبل الوالدين ، يجسد فى جوهره رفضهما اللاشعورى للطفل ، وعدم رغبتهما فيه ، فيبالغان فى العناية به ، وحمايته ، درءاً لشعورهما بالذنب .

وقد يكون تدليل الطفل والتزيّد فى حمايته تعويضاً عما لقيه الوالدان - أو أحدهما - فى سنى طفولته من إجحاف بحقوقه ، وإهمال فى رعايته ، وحرمان من إشباع حاجاته ، فيفْرطان فى إغراق أبنائهما بمشاعر الحنان الزائد والحب غير المسئول .

جدير بالذكر أن أساليب التدليل والحماية الزائدة فى تنشئة الطفل ، وإن اختلفت فى ظاهرها عن أساليب التشدد والتسلط ، إلا أنها تستوى جميعاً من حيث تأثيراتها السلبية على شخصية الطفل وصحته النفسية . إذ تؤدى إلى إضعاف التكوين النفسى للطفل ، وتشويه نموه الانفعالى والاجتماعى ، وشعوره بالعجز مستقبلاً لدى اصطدامه بأهون العقبات وأبسط المشكلات ، وعجزه عن تحمل المسئولية ، واتخاذ القرارات فى مواقف تقتضى المواجهة والحسم ، كما تؤدى إلى شعوره بالفشل والإحباط لا سيما فى الظروف الضاغطة . ويترتب على مثل هذه الأساليب أيضاً تعاظم الشعور بالذات والتمركز الذاتى ، والنرجسية ، والنزعة الأنانية ، وعدم الاكتراث بالنظم والقوانين لدى الطفل فى مراحل عمره اللاحقة .

د - الإهمال والنبذ مقابل الاهتمام والتقبل :

يتضمن معنى إهمال الطفل عدم الاكتراث به ، والتنكر له بطريقة صريحة أو مضمرة سواء بالقول أم بالفعل ، واللامبالاة بإشباع حاجاته العضوية والنفسية ، وبتدريبه على المهارات اللازمة لنمو مختلف جوانب شخصيته . كما ينطوى أسلوب النبذ على عدم تقبل الطفل ، وربما كراهيته ورفضه ، وعدم تكريس الوقت والجهد اللازمين من قبل الوالدين

لرعايته ، والعمل على إشباع حاجاته وتيسير متطلبات نموه ، نتيجة لظروف تتعلق بالصحة النفسية للوالدين ، أو بسبب انفصالهما ، أو لاضطراب العلاقة بينهما ، أو لانشغالهما المستمر عنه لدواعى كثيرة .

ويحول إهمال الطفل ونبذه دون إشباع حاجاته الأساسية الفسيولوجية والنفسية ، كما يشعره بأنه غير مرغوب فيه ، وبالإحباط والقلق ، وبعدم الانتماء للأسرة والمجتمع ، إضافة إلى كراهية الوالدين والسخط عليهما ، والرغبة فى الانتقام .

هـ - القسوة مقابل اللين والرحمة :

تعنى القسوة فى معاملة الطفل لجوء الوالدين - أو من يقوم مقامهما - إلى استخدام أساليب من شأنها أن تؤذيه جسمياً ونفسياً ، كالعقاب والتعذيب البدنى ، والإذلال والتحقير ، والحرمان ، وأخذ الطفل بالشدة دائماً كوسيلة لتهذيب سلوكه وتعليمه ، حتى على أهون الأمور .

وتسهم التنشئة القاسية للطفل فى تنمية مشاعر العداوة والاضطهاد ، والذنب والخوف ، والقلق وتسهم هذه المشاعر كمكونات فى السلوك الجانح مستقبلاً ، كما تؤدى إلى تنمية الضمير الصارم وفرط الحساسية لدى الطفل .

و - التفرقة فى معاملة الأبناء مقابل المساواة وتوخى العدالة :

يقصد بالتفرقة بين الأولاد فى المعاملة عدم التزام العدالة والمساواة بينهم سواء بسبب نوع الجنس ، أو اللون ، أو الاستعدادات العقلية ، أو الترتيب الميلادى ، أم بسبب مشابهة الإبن لأحد الوالدين .. وغير ذلك من الأسباب . فقد يستأثر الطفل الأصغر ، أو الذكر ، بالنصيب الأوفر من حب ورعاية والديه - أو أحدهما - دون بقية إخوته لمجرد كونه أصغرهم ، أو الولد الوحيد بين إخوته .

ويترتب على ذلك نمو مشاعر الغيرة بين الأبناء ، واستثارة حفيظتهم ، وحقدهم عليه لما يستأثر به من امتيازات لا يتمتعون بها ، إضافة إلى ما للتفرقة من آثار سلبية على شخصية الطفل المفضل ذاته كالنزعة الأنانية ، والغرور والصلافة ، والتطلعات المريضة للاستحواذ على كل شيء ، وعدم الاكتراث بالآخرين .

وتكاد تجمع نتائج البحوث والدراسات التى أجريت فى مجتمعات مختلفة ، على عينات متفاوتة العمر من الأطفال والمراهقين ، وطلاب الجامعات ، على وجود علاقة وثيقة بين أساليب التنشئة الوالدية للأبناء ، وصحتهم النفسية . ولعل من أبرز هذه النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من الاتجاهات الوالدية التى تتسم بالتسلط والقسوة ، والعنف وعدوانية الوالدين من جانب ، وعدوانية الأبناء من جانب آخر ، ووجود علاقة ارتباطية سلبية بين الاتجاهات الوالدية نحو تعزيز السلوك الاستقلالى والثقة بالنفس عند الأبناء ، وبين السلوك العدوانى لديهم ، وبين التسلط وبين كل من شعور الأبناء بالحرية ، وتوافقهم الشخصى والاجتماعى . (Volenski , 1972 ، سميحة نصر ١٩٨٣ ، فؤاد الموافى ١٩٨٥ ، Resick & Rees , 1986 ، يوسف عبد الفتاح ١٩٨٩) . وأن الاتجاه التسلطى ، والسلوك العدوانى لدى الأبناء يظهران بدرجة ملحوظة فى مناخ التنشئة الذى يتسم بالتشدد وعدم الاتساق ، وعلى حين ينحسران فى مناخ التنشئة الذى يتسم بالسماحة (محى الدين حسين وزملاؤه ١٩٨٥) كما تبين وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاتجاهات الوالدية التسلطية والمتسمة بالتفرقة فى معاملة الأبناء ، ونموهم الاجتماعى فى مرحلة الطفولة .

وتبين أيضاً أن الأطفال الذين حصلوا على تقديرات مرتفعة فى السلوك العدوانى ، كانوا أكثر عرضة فى تنشئتهم الاجتماعية لأساليب اتسمت بالتسلط والتشدد ، والقسوة وإثارة الألم النفسى ، والتفرقة والإهمال ، والحماية الزائدة والتدليل ، من أقرانهم الأقل عدوانية . وأن أمهات الأطفال العدوانيين كن أقل استخداماً للأساليب التى تتسم بالسواء فى التنشئة من أمهات غير العدوانيين (أميرة الديب ، ١٩٩٠) وقد أمكن أيضاً التنبؤ فى بعض الدراسات بالسلوك العدوانى لدى الأبناء من خلال معرفة الاتجاهات الوالدية التى تتسم بالتسلط والإهمال فى تنشئتهم ، والعكس أيضاً . (حسنين الكامل وعلى سليمان ١٩٩٠) .

وكان باندورا وولترز Bandura & Walters قد افترضا أن السلوك العدوانى يتم تعلمه من خلال أسلوب تعامل الآباء مع الأبناء ، وتأيدت صحة هذا الفرض من خلال بحوث باندورا وباحثين آخرين ، فقد توصل بعضهم إلى الاعتقاد بأن عقاب الطفل يمثل سلاحاً ذو حدين ، فالعقاب إذ يجعل الطفل يكف عن العدوان ، إلا أنه يعطيه نموذجاً

للسلوك العدوانى يحتمل أن يقلده فى مواقف أخرى ، أو مع أشخاص آخرين ، وخصوصاً فى غيبة من يقوم بعقابه . وقد وجد أن الأطفال الذين يعاقبوا فى المنزل ، يكونون أكثر عدوانية فى المدرسة ، ذلك أن الطفل ربما تجنب العدوان فى المنزل خوفاً من العقاب ، لكنه فى الوقت ذاته تعلم كيف يقوم بالعدوان ، وتوقيع العقاب على الآخرين . (حسنين الكامل وزميله ١٩٩٠ : ٧٦٥ - ٧٦٦) .

كما كشفت نتائج بعض الدراسات عن وجود علاقة موجبة بين أساليب الحماية الزائدة فى التنشئة ، وميل الأبناء إلى الانزواء والعزلة (يوسف عبد الفتاح ١٩٨٩) وبين أساليب الرفض والنبذ الوالدى للأبناء ، وعدوانيتهم وانسحابهم وظهور الأعراض العصابية عليهم (ممدوحة سلامة ١٩٨٤) وبين أساليب العقاب والنبذ ، وجناح الأحداث (سلوى عبد الباقى ١٩٩٢) .

وأشار بعض الباحثين إلى أن لممارسة الأساليب اللاسوية فى التنشئة كالحماية الزائدة ، والرفض ، والديكتاتورية والتسلط ، والتدليل ، علاقة قوية بظهور الأعراض العصابية لدى الأبناء خلال مرحلة المراهقة والشباب . إذ تعوق تلك الممارسات نمو المهارات اللازمة لدى الأبناء لمواجهة مشاكل الحياة ، وتسهم فى تشويه نظرتهم إلى ذواتهم ، وإلى العالم من حولهم ، وتعرّضهم للإضطراب النفسى ، والشعور بالخوف وانعدام الأمن ، وتؤخر نموهم مما يؤثر سلبياً على صحتهم النفسية فى مستقبل أيامهم (رشدى عبده حنين ١٩٨٦) كما تعد هذه الأساليب اللاسوية فى تنشئة الأبناء أحد الأسباب الرئيسية التى تؤدى بهم فى شبابهم إلى إدمان المخدرات (إيمان محمد صبرى ١٩٩٠ ، فؤاد بسيونى ١٩٩٢ ، آمال فهمى ١٩٩٤) .

علاقة الاتجاهات الوالدية فى التنشئة بالاستعدادات الإبداعية للأبناء :

تميل معظم نتائج الدراسات النفسية التى أجريت فى مجال العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية وإبداعية الأبناء ، إلى تأكيد وجود علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين المعاملة أو الاتجاهات الوالدية السوية ، والتفكير الإبداعى أو المقدرة على الإنتاج الإبداعى عموماً لدى الأبناء ، ووجود علاقة ارتباطية سالبة أو عكسية دالة إحصائياً بين إبداعية الأبناء ، والاتجاهات اللاسوية فى المعاملة الوالدية لما تمثلة من قوى ضاغطة ، ومعوقة للتعبير عن طاقات الأبناء واستعداداتهم الخلاقة . (Busse , 1969 , Getzels &

Jackson , 1962 ، عبد الحليم محمود ، ١٩٨٠ ، محمد الخالد الطحان ١٩٧٧ ، محمد السعيد عبد الحليم ١٩٧٧ ، محمد شوكت ١٩٧٨ ، صائب إبراهيم ، ١٩٧٨) .

ويستدل من نتائج دراسة مكينون (Mackinnon , 1962) للعلاقة بين الإبداع فى الهندسة المعمارية وعديد من المتغيرات المتصلة بالصحة النفسية ، وبناء الشخصية ، وبعض الجوانب الاجتماعية على أن المعاملة الوالدية للمبدعين من المهندسين المعماريين إبان فترة طفولتهم قد اتسمت بالحب والسماحة والثقة والتفهم والتشجيع ومنح الطمأنينة ، وأنها كانت أبعد ما تكون عن الإيحاء بالقلق والضغط أو الإكراه على ممارسة نشاط بعينه. كما كشفت نتائج دراسة شيفر وانستازى (Schafer & Anastasi , 1968) لأربع مجموعات من المراهقين الذكور المبدعين وغير المبدعين فى مجالات الفنون والعلوم عن أن المبدعين عموماً تمتعوا بتنشئة والديه اتسمت بالتحرر والتفتح ، والتقبل ومساندة استعدادات الأبناء ، وتوفير فرص الممارسة والتجريب ، وتشجيع التعبير ، والدافع نحو الجدة والتنوع . كما أسفرت دراسة عبد المطلب القريطى (١٩٨١) عن أن المعاملة الوالدية لذوى المستوى المرتفع من حيث المقدرة على الإبداع التشكيلى قد اتسمت بالاستقلال والديمقراطية على حين اتسمت المعاملة الوالدية لدى ذوى المستوى المنخفض بالتسلط .

وكشفت نتائج بعض الدراسات الأخرى عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الاتجاه نحو التعلم الذاتى لدى الأبناء وكل من الاتجاهات الوالدية التى تتسم بالتقبل ، والحث على الاجتماعية والإنجاز ، والتسامح فى مواقف العدوان ، والدفء والانسجام الأسرى . (فؤاد الموافى وزميله ، ١٩٨٧) . كما أوضحت أن المعاملة الوالدية لأعلى التلاميذ ذكاء فى سن المدرسة قد اتسمت بسيادة الديمقراطية والتقبل والاندماج ، بينما غلب على المعاملة الوالدية لأقل الأطفال ذكاء الطابع الأوتوقراطى الاستبدادى المتسم بالرفض . (فى : عبد الحليم محمود ١٩٨٠ : ١١٨-١١٩) .

ويبدو أن تشجيع الأبناء على إبداء آرائهم والتعبير عن مشاعرهم وأفكارهم بحرية واستقلالية دون تقييد أو ضغط أو اكراه ، وحثهم على ممارسة النشاطات والاهتمامات المشروعة فى جو يتسم بالمرونة والتقبل والإثابة ، ومشاعر الدفء والتفهم والحنان يسهم فى تهيئة مناخ أسرى آمن خال من الخوف والتهديد ، ويساعد على نمو شخصية مستقلة تتسم بالمبادأة والاستجابات الأصيلة ، ويحب الاستطلاع والنزوع إلى البحث والتجريب ... كما

تتمتع برصيد متنوع من الخبرات والمدركات ، وهى أمور هامة ولازمة لتمكين النشء من إتيان السلوك الإبداعى ، والتعبير الفنى بطلاقة ومرونة وأصالة . (عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٥ : ١٦٧)

كما أن الاتجاهات الوالدية اللاسوية فى معاملة الأبناء من أمثال التسلط والاستبداد ، والتهديد والإيذاء البدنى والنفسى ، والتقييد والإكراه إضافة إلى ما تؤدى إليه من آثار ضارة على شخصية الطفل كإحساسه بالنقص وضعف ثقته بنفسه ، ونزوعه إلى المجاراة والتقليد ، واختلال صورته عن ذاته ، فإنها تؤدى إلى نقصان مرونته مما قد يعجزه عن التعامل بكفاءة مع المواقف والخبرات والمواد الجديدة ، بل وقد تكف مالديه من استعدادات للتعبير الإبداعى (عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٥ : ١٦٧)

يؤكد ذلك ما انتهى إليه عبد الله محمود سليمان (١٩٨٥) فى معرض تحليله لعوامل الإبداع فى الثقافة العربية من أن أسر المبدعين تتميز بأنها توفر احتراماً غير عادى للطفل ، وثقة فى إمكاناته ، كما تمده بالتشجيع على السلوك الاستقلالى ، واستكشاف البيئة . وتبدى اهتماماً ضئيلاً بمسايرة الطفل لقيم الوالدين ، وتتحمل اختلاف الطفل عن الآخرين ، وتكفل التعبير المتفتح عن المشاعر ، والتفاعل الإيجابى مع الوالدين ، كما أن المحيط العائلى للطفل يقدم له عدداً كبيراً من النماذج الإيجابية والفعالة التى يمكن له أن يتوحد مع أى منها ، ولم تكن العلاقات فيما بين أفرادها من النوع الذى يؤدى إلى الاعتمادية . ومع أن هذه الأسر تميزت بوجود معايير واضحة للسلوك ، وأفكار عما هو صواب وما هو خطأ ، إلا أنها كانت فى الوقت نفسه تتوقع بل وتتطلب من الطفل أن يقوم باكتشاف إيجابى ، ويتبنى إطارا خاصا للسلوك الشخصى ، ويتخذ قراراته بنفسه . (عبد الله سليمان ، ١٩٨٥ : ٨٣ ، ٨٥)

ثانياً : المناخ الأسرى والعلاقات الأسرية :

يُقصد بالمناخ الأسرى الجو العام السائد فى محيط الأسرة . ويعبر هذا المناخ عن المحصلة الكلية المميزة لخصائص الأسرة كبيئة تربوية من حيث أساليب التنشئة الاجتماعية السائدة فيها ، والكيفية التى تدار بها كجماعة أولية ، وطبيعة شبكة العلاقات والتفاعلات وأنماط الاتصال بين أعضائها ، وتوزيع الأدوار والمهام التى توكل إلى كل منهم .

ويشكل المناخ الأسرى الإطار الذى ينمو فيه الطفل ، وتتشكل شخصيته ومفهومه عن ذاته ، وعن الآخرين ، كما يكتسب منه خبراته وأنماط سلوكه ، وينهل معارفه ، ويتشرب قيمه واتجاهاته ، لذا .. فإنه يؤثر تأثيراً لا يمكن تجاهله أو إغفاله على شخصية الطفل ، وإعداده إعداداً نفسياً قد يمكنه إما من النضج الانفعالى والتوافق النفسى والاجتماعى ، وتنمية استعداداته وطاقاته فى الوجهة الملائمة ومن ثم الصحة النفسية ، أو يعرّضه للضغوط والتهديد والقلق ، وعدم التوازن الانفعالى ، والانحراف والاضطراب والسلوكيات غير الملائمة ، ويكف استعداداته وإمكاناته الخلاقة .

وتعد العلاقات والتفاعلات الأسرية أساس استقرار المناخ الأسرى ، وتشمل العلاقات الثنائية بين الوالدين ، وبين كل منهما والأبناء ، وبين الأبناء وبعضهم البعض . ويبدو أن العلاقات الأسرية الموجبة - بين كل عضو من أعضاء الأسرة والعضو الآخر - التى يسودها الانسجام والحب والعطف ، والفهم والثقة والاحترام المتبادل ، والاستقرار والمشاركة تهيىء للأبناء مناخاً أسرياً صحياً من الناحية النفسية مشبعاً بالطمأنينة والأمان ، يعزز استعداداتهم للتعامل مع الضغوط التى يتعرضون لها ، ومن ثم يحول دون إحساسهم بالفشل فى مواجهتها ، كما يكفل نمو شخصيات متوافقة ، ومتمتعة بالصحة النفسية السليمة .

بينما يؤدى إضطراب هذه العلاقات وعدم استقرارها إلى عواقب وخيمة على نمو الطفل وصحته النفسية . فالتفكك الأسرى وتصدع العلاقات الزواجية ، والمنازعات والخلافات المستمرة بين الوالدين ، ومشكلاتهم النفسية ، وما يصاحب ذلك كله من عدم احترام وتحقير كل طرف منهما للطرف الآخر ، ولا مبالاة وعداوة ، وما يترتب عليها من مشاعر تعاسة وألم وقلق ، يعوق النمو الانفعالى والاجتماعى للطفل ، ويضعف من ثقته بأسرته ووالديه ، كما يجعله أنانياً عاجزاً عن تبادل مشاعر الحب مع الآخرين ، ويفقده الانتماء ، وربما دفعه إلى أشكال مختلفة من الانحراف والسلوك العدوانى والمرض النفسى .

ولعل من أخطر ما يهدد كيان الأسرة ، ويعوق أدائها لوظائفها - كوحدة اجتماعية - ما يطلق عليه بالتفكك الأسرى ، وتعد البيوت أو الأسر المتصدعة أحد أهم مظاهره ، وهى الأسر المفككة فيزيقياً واجتماعياً بفعل عوامل عديدة ؛ كمشكلات صراع الأدوار بين

الزوجين وعدم التوفيق فيما بينهما - أو عدم الاتفاق بشأنها - ، ومشكلات العلاقات الزوجية : كالمنازعات والخلافات والمشاحنات وسوء التوافق الزواجى ، وما ينشأ عنها من انفصالات مؤقتة وهجر وطلاق ، ومشكلات التناسل وسوء تنظيم السلوك الإنجابى ، والمشكلات الاقتصادية التى تنشأ نتيجة عدم كفاية موارد الأسرة للوفاء بالتزاماتها . وربما نشأ التصدع الأسرى نتيجة وفاة أحد الوالدين ، أو غيابه المتصل أو المؤقت وغير ذلك من العوامل .

وقد كشفت نتائج العديد من الدراسات العربية والأجنبية الآثار السلبية لاضطراب البيئات الأسرية والتصدع الأسرى على سلوك الأبناء ، إذ تبين أن الأطفال الذين ينشأون داخل أجوائها غير المستقرة يعانون من مشكلات انفعالية ، وسلوكية ، واجتماعية ، وصحية ، بدرجة أكبر من أقرانهم الذين يعيشون فى بيوت عادية (Bumpass , 1972) كما يتسمون بالميل الشديد للعزلة والانطواء ، والاندفاعية ، وعدم المقدرة على ضبط النفس ، وتبدو عليهم أعراض الاكتئاب (Hillard , 1984) . كما تبين أن ذوو المستوى المرتفع فى سمة الغضب من طلاب الكليات يصفون بيئاتهم الأسرية بأنها أقل تماسكاً ، وإتاحة لفرص التعبير عن المشاعر ، وأكثر اضطراباً وتشبعاً بالصراع (Lopez & Thruman , 1993) .

وقد وجد أيضاً أن قلة التماسك والتنظيم فى البيئة الأسرية ، وتضاؤل فرص التعبير عن المشاعر والسلوك الاستقلالى فى المناخ الأسرى يؤدى إلى إذكاء الصراع فى نفوس الأبناء كما يسهم فى نشوء اضطرابات الطعام لديهم (Felker & Stivers , 1994) .

كما كشفت هذه النتائج عن التأثيرات السلبية لحرمان الأطفال من والديهم وأسرهم الطبيعية ، على نموهم الجسمى والانفعالى والعقلى والاجتماعى ، إذ تبين وجود فروق بين أطفال الملاجىء وأطفال الأسر الطبيعية فى الذكاء ، والنمو الاجتماعى والانفعالى لصالح أطفال الأسر الطبيعية (أنسى قاسم ١٩٨٩) وأن المراهقين والمراهقات ممن حرموا من والديهم قبل بلوغهم سن الثانية بسبب الوفاة كانوا أقل ثباتاً انفعالياً ، وضبطاً للتوافق ، وامتثالاً لتقاليد المجتمع وقيمه ، وسيطرة من أقرانهم الذين يعيشون مع والديهم فى كنف أسر طبيعية ، كما كانوا أكثر منهم عدائية وتعصباً (زينب شقير ١٩٩٢) .

وأوضحت نتائج تحليلات متعمقة لمقابلات مع بعض فتيات جانحات كن تتلقين برامج علاجية بمؤسسات داخلية ، أو صدرت ضدهن أحكام ، ويعانين من صعوبات دراسية أن غالبيتهن كن نتاجاً لظروف بيئية أسرية غير مستقرة ، شاعت فيها الخلافات والعنف والعدوان وسوء المعاملة ، كما تميزت بانخفاض معدلات الدخل ، كما أظهرت اتجاهات غاية في التقليدية إزاء الدور الجنسي ، وكن ينظرن إلى الزواج والحياة الأسرية على أنهما مجرد وسيلة للهروب من حياتهم الراهنة غير الآمنة ، وجلباً للاستقرار المفتقد فيها (Koroki , 1985) .

ويعد الطلاق واحداً من المشكلات المدمرة للحياة الأسرية الاجتماعية المستقرة ، وتفكك أواصر العلاقات الأسرية ، لذا ... جعله الله أبغض الحلال . وفي معرض مناقشته للصعوبات التي تواجه الأطفال بعد الطلاق ، وتأثيراتها على نموهم النفسي ، وتوافقهم الأسري والمدرسي ، أوضح كمال مرسي (١٩٩٠) أن من أهم هذه الصعوبات التغير في بيئات الأطفال الاجتماعية ، والمدرسية ، وانفصالهم عن اصدقائهم في المناطق التي درجوا فيها ، واستمرار الخلافات بين الوالدين بعد الطلاق ، مما يزيد من شعور الطفل بالحرمان والإحباط ، ويؤدي إلى سوء توافقه ، ونشوء صعوبات مالية تواجه الوالدة الحاضنة في الإنفاق على الطفل مما يؤثر على مدى كفاءتها في إشباع حاجات الطفل ، وتحقيق أمنه واستقراره النفسي . إضافة إلى ما يترتب على الطلاق من صعوبة اتصال الطفل بوالده الأخر ، وحرمانه من التعامل معه بحرية .

كما بين أيضاً أن من أهم الاثار السلبية للطلاق على النمو النفسي للطفل تكوين مفهوم الذات السيء ، ومفهوم الوالدين السيء ، مما يؤدي إلى اختلال نمو الشخصية ، وضعف الثقة في النفس ، وفي الناس ، وإلى سيطرة مشاعر القلق والتوجس وعدم الكفاءة ، وانخفاض مستوى الطموح ، وقلة الرغبة في العمل والانجاز ، وضعف التحصيل الدراسي ، واضطراب العلاقة بالزملاء والمدرسين ، وسوء التوافق النفسي والاجتماعي .

وقد لوحظ ارتفاع معدل الانحرافات السلوكية ، والأمراض النفسجسمية ، والاضطرابات النفسية لدى أطفال الأسر المطلقة عنه لدى أطفال الأسر العادية ، وذلك لما يتعرضون له من ظروف بيئية سيئة مشبعة بعوامل الحرمان العاطفي ، والقسوة والإهمال

والإضطراب والتوتر مما ينمى لديهم ما أسماه باندورا بالجبهة النفسية المنفرة التى تهيؤهم للانحرافات النفسية والجناح فى مرحلة المراهقة .

ويلخص كمال مرسى (١٩٩٠ : ٧٩٤ - ٧٩٥) العوامل المسهمة فى تكوين هذه الجبهة عند أطفال المطلقين فيما يلى :

١- اضطراب علاقة الطفل بوالديه بسبب الخلافات الزواجية قبل الطلاق ، مما يحرمه الاستقرار والشعور بالطمأنينة النفسية ، ويعرّضه للتوتر والقلق ، ويشعره بالنبذ والإهمال من الوالدين أو أحدهما .

٢- حرمان الطفل من العيش فى كنف والديه ، وإقامته مع بعض أقاربه الذين ربما دللوه وبالغوا فى إشباع حاجاته ورغباته ، أو أهملوه ونبذوه ، وفى جميع الأحوال فإنه يفتقد الاستقرار والشعور بالأمن .

٣- حرمان الطفل من أحد والديه ، وإقامته مع الوالد الآخر ، يعرّضه غالباً لرعاية ناقصة ، حيث يصعب على أحد الوالدين - فى غياب الوالد الآخر - توفير الرعاية الكافية الكفيلة بتحقيق النمو النفسى للطفل ، وتوفير الأمن والطمأنينة والاستقرار له لأنه ببساطة لا يشعر بهذا الأمن والاستقرار فى حياته الاجتماعية .

٤- وقوع الطفل فريسة للصراعات النفسية ، والتهديد والتوتر ، لاسيما إذا ما استخدمه أحد الوالدين فى حربه النفسية ضد الوالد الآخر ، مما يشعره بعدم الثقة فيهما ، وبالضياع وعدم الاستقرار . ويزداد الأمر سوءاً عندما يتهم الوالدان كل منهما الآخر بسوء السلوك ويشوّه صورته لدى الطفل .

وقد تبين من نتائج بعض الدراسات التى استهدفت التعرف على الفروق فى المشكلات النفسية بين أبناء المطلقين ، وأبناء الأسر المستقرة (حسن عبد المعطى ١٩٩٢) أن أبناء المطلقين كانوا أكثر حساسية للمشكلات النفسية من أبناء الأسر المستقرة ، وجاء ترتيب المشكلات النفسية لدى أبناء المطلقين على النحو التالى : الكذب - السرقة - العزلة - الاكتئاب - الغضب - الغيرة - ضعف التحصيل الدراسى - الشعور بالنقص والهروب . كما كانت متوسطات مشكلات الغضب والهروب ، والسرقة والعدوان ، والجنس والتدخين ، والإدمان والبذاءة اللفظية ، أعلى لدى الذكور منها لدى الإناث . فى حين كانت مشكلات الكذب والغيرة والخوف أعلى لدى الإناث منها لدى الذكور .

كما توصلت سلوى عبد الباقى (١٩٩٢) من مراجعتها لنتائج عدد من الدراسات العربية والأجنبية ، التى تناولت علاقة الطفل بالوالدين ، إلى أن عدم استقرار الأسرة يعد من المتغيرات التى تنبىء بظهور استجابة الاكتئاب لدى الأطفال . وأن الأطفال الذين يعيشون منفصلين عن آبائهم يعانون من الاكتئاب بمعدل مرتفع ، وأن الأطفال الذين تزوج آباؤهم وأمهاتهم مرة أخرى كان توافقهم منخفضاً . كما يؤدى الطلاق إلى ظهور العدوان والاكتئاب والحزن لدى الأطفال . وأشارت الباحثة إلى أن الضغوط النفسية التى تتمثل فى اضطراب العلاقات الإنسانية داخل الأسرة لا سيما علاقة الأب بأطفاله ، والأم بأطفالها تعد محاور للإضطراب النفسى لدى الأبناء . إضافة إلى أن أطفال الأمهات المصابات بالاكتئاب يكونون أقل توافقاً وأكثر ميلاً للاكتئاب . وقد كشفت نتائج دراستها عن أن متوسط درجات الاكتئاب لدى كل من الأطفال الذين يعيشون بمعزل عن أمهاتهم ، والذين لا يقيمون مع أسرهم الطبيعية نتيجة وفاة الأم أو الأب أو انفصالهما كان أعلى من متوسط درجات الاكتئاب لدى نظرائهم بالأسر العادية .

وتمثل العلاقة بين الوالدين حجر الزاوية فى المناخ الأسرى برمته ، حيث تكسبه طابعه المميز ، وتنعكس بدورها على نظم التفاعلات والعلاقات الأخرى فى المحيط الأسرى كالعلاقة بين الأبناء وبعضهم البعض . ومن أخطر الآثار التى تتركها العلاقة بين الوالدين على الأبناء ، تلك الآثار السلبية على اتجاهاتهم الاجتماعية نحو الجنس الآخر ، ونحو الحياة الزوجية مستقبلاً . ومن مظاهر اضطراب العلاقة بين الوالدين سوء التفاهم ، والخلافات المستمرة ، والشجار الدائم ، واستخدام أساليب العنف والعقاب البدنى كوسيلة لحل المشكلات بينهما ، وعدم اتساقها بشأن الأساليب التى يتبعانها فى معاملة الأطفال ، وسعى كل منهما إلى تجنيد الأبناء لصالحه ، والانفصالات المؤقتة المتكررة والدائمة . (عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٣) .

ومن بين أهم ما يتعلمه الطفل من علاقته بوالديه الحب والكراهية ، فحب الوالدين للطفل أمر ضرورى لنمو شخصيته ، وتكاملها ، حيث يتيح له أن ينظر إلى العالم من حوله نظرة صداقة ومودة ، بينما تؤدى علاقة الكراهية بينه ووالديه إلى النظر إلى الحياة نظرة عدائية ، وإلى العالم الخارجى على أنه مصدر حرمان وتهديد وعقاب بالنسبة له . (مصطفى الشرقاوى ١٩٨٣) ومن ثم يكاد يجمع الباحثون والعلماء على ضرورة تمكين

الطفل من إقامة علاقات حميمة دافئة وإيجابية مع والديه وأمه خاصة ، على أساس أن استقرار هذه العلاقات وثباتها هو ما يحصن الطفل مستقبلاً من اضطرابات الشخصية وسوء التوافق النفسى والاجتماعى . ويؤكد ذلك ما أسفرت عنه نتائج كثير من الدراسات من أن الأحداث الجانحين كانوا أكثر تعرضاً من أقرانهم العاديين للخبرات الحرمانية فى الطفولة كما تمثلت فى البعد عن الوالدين ، والفشل فى إشباع حاجاتهم المادية والنفسية ، كما كانوا أكثر إدراكاً لخبرات سوء العلاقة بالوالدين - أو أحدهما - من خلال ما تعرضوا له من ضرب وعقاب ، وعدم تجاوب ، وتفرقة فى المعاملة بينهم وإخوتهم . إضافة إلى أنهم كانوا أكثر عرضة من أقرانهم العاديين لخبرات سوء العلاقة بين الوالدين وعدم الانسجام بينهما حيث الشجار الدائم والخلافات المستمرة ، وعدم الرضا عن الحياة الزوجية . (كمال مرسى ١٩٨٦) .

كما كشفت نتائج دراسات أخرى عن وجود علاقة موجبة بين التوتر فى العلاقات الوالدية وكل من القلق والاكتئاب ومشكلات الأطفال (Bratcher , 1986) وبين نقصان الترابط الأسرى وكل من المشكلات السلوكية لدى الأطفال كالعدوان ، واضطرابات الكلام والخجل والقلق ، والتأخر فى النمو (Fowler , 1980) . إضافة إلى ذلك فقد تبين أن أبناء الوالدين المتوافقين زواجياً كانوا أكثر اتزاناً انفعالياً ، وضبطاً للنفس ، ونضجاً ومثابرة وواقعية ، واهتماماً بالناس والقانون من أبناء الوالدين غير المتوافقين الذين كانوا أكثر قابلية للقلق والاستثارة ، وشعوراً بالاضطهاد والإثم ، وعدم الثقة بالنفس ، واللامبالاة بالمعايير الاجتماعية (شيخة المزروعى ١٩٩٠) .

وتبين من نتائج دراسة أجريت على مجموعتين من طلاب المدارس الثانوية العامة (سامية طه ، ١٩٩٧) إحداهما من العاديين والأخرى من العصابيين أنه فى حالة تساوى المجموعتين من حيث المستوى الاقتصادى الاجتماعى أو الترتيب الميلادى أو حجم الأسرة أو نوع الجنس ، فإن المناخ الأسرى للعصابيين قد اتسم بكونه أقل من مناخ أقرانهم العاديين من حيث التماسك ، وإتاحة الفرصة للتعبير عن المشاعر ، والتوجيه نحو التحصيل والإنجاز والنواحى العقلية والثقافية ، كما تبين أنه أكثر اشتداداً من حيث صراع التفاعل الأسرى .

وتزداد ملامح صورة المناخ الأسرى للأحداث الجانحين سوءاً بما يتعرضون له فى سياق

هذا المناخ - إلى جانب توتر العلاقات بين الوالدين ، وعدم توافقهما - من أساليب مختلفة لسوء المعاملة من الوالدين كالعقاب البدني والقسوة ، والنبذ والرفض والإهمال (Morton , 1980 ، محمد بيومي حسن ١٩٨٧ ، أميرة الديب ١٩٩٠ ,, McCord 1979 ، حمدى منصور ١٩٩٣ ، طلعت لطفى ١٩٩٣ ، وفاء فضلى ١٩٩٣) . وهكذا يبدو أن ما يترتب على سوء المناخ الأسرى ، وتوتر العلاقات فيه وتفككها ، من عدم شعور بالأمن ، وفقدان الإحساس بالحماية الوالدية ، والانسجام العائلى ، والشعور بالدونية والحط من تقدير الذات ، يفضى بالطفل فى نهاية الأمر إلى الجناح وممارسة الأنماط السلوكية المضادة للمجتمع كنتيجة منطقية للخبرات الحرمانية ، والمؤلمة ، وعمليات القهر والتسلط والقمع التى تعرض لها فى تنشئته .

إن الطفل الذى افتقد فى محيطه الأسرى إلى جو الطمأنينة والاستقرار والحب ، ولم يلق سوى العنت والتجاهل والإساءة ، يغلب أن يصبح مراهقاً عنيداً متمرداً ، وربما يتعمد سوء السلوك لكى يرد لوالديه وأسرته الصاع صاعين .

وتشير نتائج الدراسات النفسية إلى أن من أهم الخصائص التى يتسم بها الآباء والأمهات الذين يسيئون معاملة أطفالهم ما يلى :

١- عدم كفالة بيئة انفعالية مواتية للنمو السليم لأطفالهم .

٢- التوقعات غير الواقعية من الأطفال بما لا يتناسب مع مراحل نموهم ، حيث يصبح فى نظرهم مجرد كسر الطفل للعبته ، أو اتساخ ملابسه أثناء اللعب سلوكاً خارجاً متعمداً من قبل الطفل .

٣- تبنى مجموعة من القواعد الثابتة غير المرنة ، وفرضها على الطفل بغض النظر عن مدى ملاءمتها لاستعداداته وحاجاته وعمره الزمنى .

٤- عدم الاتساق فى الضوابط والأساليب التى يتبعها هؤلاء الآباء فى التهذيب والعقاب بحيث يصبح من العسير على الطفل تفهمها والتنبؤ بها .

٥- وقد استخلص كل من سبين وريتر (Spine & Rigter , 1980) عدة خصائص أخرى للآباء المسيئين لأطفالهم من خلال دراسته للتراث العلمى المرتبط بهذا الموضوع من أهمها :

أ - أن التاريخ النفسى لهؤلاء الآباء حافل بخبرات طفولية تتسم بالحرمان والقسوة ، والإساءة الوالدية ، ويبدو أن من طبيعة تلك الخبرات أنها تحدد فيما بعد قدرتهم على الاختيار بين أنماط الوالدية ، ووفقاً لما ذكره كيمب وكيمب (Kempe & Kempe , 1978) فإن إساءة الوالدين معاملة الطفل يعد نمطاً للوالدية سبق أن تعرض له الوالدان فى طفولتهما ، وهو ما يطلق عليه بعض الباحثين دورة الحرمان المتعاقبة بين الأجيال .

ب- أن مثل هؤلاء الآباء لديهم أفكاراً ومعتقدات خاطئة حول دورهم كآباء أو أمهات ، وحول كيفية تربيتهم أطفالهم .

جـ- أن مثل هؤلاء الآباء يعانون من ضعف البناء النفسى لأطفالهم مما يتيح للحفزات العدوانية أن تعبر عن نفسها دون ضوابط .

د - معاناة هؤلاء الآباء من الضغوط النفسية المتعددة المتعلقة بالعوامل الاجتماعية - الاقتصادية .

هـ- أن هؤلاء الآباء يرون أطفالهم مخيبون لآمالهم ، ولا يستثيرون محبتهم وعطفهم .

ثالثاً : المستوى الاجتماعى - الاقتصادى للأسرة :

تلعب متغيرات المستوى الاجتماعى - الاقتصادى للأسرة دوراً بالغ الأهمية فى التأثير على حياة الطفل ، وأساليب تنشئته ، وتفاعلاته ، وسلوكه ، ونمو مختلف جوانب شخصيته الجسمية والانفعالية والعقلية .

وقد تعددت محاولات الباحثين لتقدير المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية معتمدين فى ذلك على مؤشرات مختلفة منها مهنة الوالد ، متوسط الدخل الشهرى للفرد ، مستوى تعليم الوالد والإخوة ، ومستوى الحى السكنى للأسرة (محمد غالى ١٩٦٤) وأكد باحثون آخرون (صلاح مخيمر ، د . ت) على البعد الثقافى فى الأسرة كما يستدل عليه من مؤشرات مستويات تعليم الأفراد ، ومدى إجادتهم للغات أجنبية ، والنشاطات والهوايات التى يمارسونها ، إضافة إلى مؤشرات البعدين الاجتماعى والاقتصادى .

وكان عبد السلام عبد الغفار وزميله (١٩٧٨) قد اعتمدا على ثلاثة مؤشرات -

يتضمن كلا منها عدة مستويات - لتقدير الوضع الاجتماعى الاقتصادى للأسرة هى : وظيفة الأب ، ومستوى تعليم الأم ، ومتوسط الدخل الشهرى للفرد ، وقام عبد العزيز الشخص (١٩٨٨) بتعديل هذه الأداة لتتضمن ثلاثة متغيرات هى : متوسط الدخل الشهرى للفرد ، ومستوى تعليم رب الأسرة ، ووظيفته ، وهى ذات المتغيرات التى احتكم إليها عبد الحليم محمود السيد (١٩٨٠) فى هذا الصدد .

ويلاحظ مما سبق تنوع الأبعاد التى تنضوى تحت المستوى الاجتماعى - الاقتصادى للأسرة ، ومنها البعد الاقتصادى الذى يتحدد على أساسه حجم الإنفاق على الطفل ، ومن ثم مقدرة الأسرة على تلبية حاجاته البيولوجية ومتطلبات نموه الجسمى والصحى خاصة ، والبعد الاجتماعى ، والبعد الثقافى وما يتصل بهما من متغيرات كنمط المسكن ، والمنطقة السكنية ، والطبقة الاجتماعية التى ينتمى إليها الطفل وما يسودها من قيم وتقاليد وأنماط تفكير وأساليب حياة تنعكس بالضرورة فى محيطه الأسرى الذى ينشأ فيه ، ولدى جماعة الرفاق التى ينخرط فى عضويتها فى منطقته السكنية ومدرسته . إضافة إلى المستوى التعليمى لوالديه ، وإخوته ، وطبيعة ما يمارسونه من نشاطات وهوايات يتأثر بها الطفل ، ومدى وفرة المصادر والوسائل الثقافية المقروءة والمسموعة والمرئية المتعددة فى البيئة الأسرية ، ولا ينكر ما لهذه الأدوات من دور فى الإثراء البيئى ، والتنبيه العقلى لدى الطفل ، وفى تنمية استعداداته العقلية وتنشئته الثقافية وتشكيل اهتماماته المعرفية .

ومن بين العوامل المترتبة على تدنى الظروف الاجتماعية - الاقتصادية للأسرة والتى تؤثر سلبيا على الصحة الجسمية والنفسية للطفل ما يلى :

١- عدم كفالة المتطلبات الأساسية لنمو الطفل جسمياً وانفعالياً وعقلياً واجتماعياً ، والعجز عن تلبية حاجاته المختلفة وإشباعها وهو ما يعرض الطفل لألوان مختلفة من الحرمان ، كما يعرض نموه للتأخر والتشوه .

إن تدنى الوضع الاجتماعى الاقتصادى للأسرة بعجزها عن توفير متطلبات أبنائها من المشرب والمأكل والغذاء الصحى المتكامل اللازم لبناء الجسم وإمداده بالطاقة اللازمة للنشاط ، ويفى بمطالب نموهم الجسمى مما يعرضهم للهزال والاعتلال ، ويضعف من مناعتهم ومقدرتهم على مقاومة الأمراض ، ويزداد الأمر سوءاً بعدم وعى

الأسرة بأساليب العلاج المناسب وتوفير نفقاته .

وقد كشفت نتائج بعض الدراسات عن أن غالبية الأسر ذات المستوى الاجتماعى الاقتصادى المنخفض تعيش فى مساكن مزدحمة - لكثرة عدد الأبناء - وشديدة الضوضاء ، ورديئة التهوية ، مما يعرض الأبناء لمضار عديدة كالتوتر والتهيج العصبى وانتشار العدوى ، وكثيراً ما تقتضى ظروف ضيق المسكن إلى أن ينام الأطفال مع الوالدين فى حجرة واحدة ... مما يعرضهم لخبرات ضارة (عادل عازر وآخرون ، ١٩٩١ : ١٢٨) يؤكد ذلك ما أوضحته نتائج بعض البحوث عن الانتهاك الجنسى للأطفال من أن تواجد الأطفال مع الكبار فى ظروف وأوضاع غير صحية ، إنما هو من الأسباب الرئيسة للإعتداء الجنسى على الأطفال (William , 1981) وتعريضهم لخبرات مبكرة مؤذية ، وضارة بنموهم .

وفضلاً عما يترتب على سوء الأحوال السكنية من اعتلال للصحة الجسمية والنفسية للأطفال ، فإنه قد يفضى بالأطفال إلى الشوارع ، والهروب من المنزل مما يعرضهم لمخاطر الطريق ورفقاء السوء ، والانحرافات السلوكية .

وتشير نتائج البحوث إلى أن الغالبية العظمى من الأحداث الجانحين قد نشأت فى أسر تعانى من سوء الأحوال والظروف المعيشية ، وتواضع المستوى الاقتصادى ، إضافة إلى التفكك والتصدع الأسرى (Glueck & Glueck , 1968 ، محمد على حسن ١٩٧٠) كما أوضحت البيانات المستخلصة من عدة دراسات أجريت عن قضايا محاكم الأحداث العلاقة الوثيقة بين تدنى الوضع الأسرى الاجتماعى الاقتصادى ، والسلوك المنحرف ، وإلى أن الأحداث المنحرفين هم نتاج أسر أهملت الحاجات البيولوجية والنفسية الأساسية لأطفالها بقصد أم بدون قصد (Morton , 1980) واضطربت فيها ظروف التنشئة ، وغاب عنها نموذج القدوة . وقد وجد أن العنف والعدوان البدنى لدى عينه من الأطفال (٦-١٢سنة) يشيع أكثر لدى أولئك الأطفال الذين ينحدرون من أسر ذات أوضاع اجتماعية اقتصادية منخفضة وتعانى من الفقر والشدائد والمحن مما قد يفضى إلى جنوحهم (Haapasalo & Tremblay , 1994) .

وتوصل رشدى عبده حنين (١٩٨٦) من دراسته لبعض الحالات الفصامية إلى أن هذه الحالات انحدرت من أسر شاعت فيها الخلافات الحادة ، والشجار المتصل بين

أفرادها . وتميزت بمستوى اقتصادى متواضع تمثل فى الفقر وضيق المسكن وكثرة عدد الأطفال والدخل المحدود ، وصاحب ذلك كله شعور مستمر بعدم الأمن ، وبالحرمان ، والقلق والخوف ، وعدم تلبية حاجات الأطفال ومطالب نموهم .

٢- عدم تمكن الأسرة من توفير المصادر والأدوات اللازمة لاستثارة التفكير والتعلم ، واستثمار الطاقات العقلية عموماً والإبداعية خصوصاً لدى الأبناء كاللعب والنماذج ، والمواد والخامات والأدوات العلمية والفنية ، والكتب والمجلات والأجهزة المسموعة والمرئية .

بيد أن المعوقات قد لا تتمثل بالضرورة - وفى جميع الأحوال - فى افتقار البيئة المنزلية لمثل هذه المواد والأدوات ، وإنما قد تنجم فى بعض الأحايين عن سوء استخدامها - فى حالة وجودها - وعدم توظيفها بالكيفية التى تساعد على التفتح العقلى والإدراكى لدى الطفل ، وعلى إثراء خبراته ، وتنويع اهتماماته ، وتشجيعه على ممارسة القراءة ، والاستطلاع والكشف والتجريب . لذا ... فإن التأكيد فى هذا الصدد لا يبدو قاصراً على أهمية الحالة الاقتصادية الاجتماعية التى تمكن الأسرة من شراء وتوفير الخامات والمواد اللازمة للطفل ، وإنما يشمل أيضاً التأكيد على أهمية ارتفاع المستوى الثقافى والتعليمى الذى يمكن الوالدين والأسرة من ترشيد استخدام هذه الأدوات بما يحقق التفتح العقلى لدى الطفل ، وينمى استعداداته . (عبد المطلب القريطى ، ١٩٨٩ : ٤٢ - ٤٣)

لقد أكدت نتائج بعض الدراسات على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين إبداعية الأبناء من جانب ، وكل من ارتفاع المستوى التعليمى للوالدين ، وإجمالى دخل الأسرة ، وعدد هوايات الأبناء ، وتصور الأبناء لأنفسهم ، ولتصورات الآخرين عنهم من حيث درجة امتيازهم فى القيام بدورهم (عبد الحليم محمود السيد ، ١٩٨٠) كما كشفت عن أن المتفوقين عقلياً وذوى المقدرة على التفكير الإبداعى ينتمون إلى أسر ذات مستويات اجتماعية اقتصادية ، وتعليمية وثقافية مرتفعة ، توفر المثيرات والأدوات ، والأنشطة والخبرات والتفاعلات الكفيلة بتنشيط استعداداتهم وتشجيعها . (خليل ميخائيل ١٩٧٣, Schaefer & Anastsi , 1968) كما انتهت نتائج دراسات أخرى (سامية طه ، ١٩٩٧) إلى أن الأسر ذات المستويات الاقتصادية الاجتماعية الأعلى

أكثر توجيها لأبنائها المراهقين نحو التحصيل والإنجاز ، وتجاه النواحى العقلية الثقافية ، والترويحية الإيجابية من الأسر ذات المستويات الدنيا والمتوسطة من حيث المستوى الاقتصادى الاجتماعى .

٣- حرمان الطفل من التعليم : إما لعدم إلحاقه أساساً بالمدرسة أو لتسربه منها لأسباب عديدة لعل أهم ما يتصل منها بتدنى المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة ، هو تدهور قيمة العلم والتعليم لدى الوالدين ، وعدم وعيهما بأهمية التعليم ، وإحساسهما بانعدام جدواه الاقتصادية بالنسبة لتحسين الوضع الراهن للأسرة ومن ثم عدم جدوى الاستمرار فيه ، وكذلك عدم استطاعة الوالدين - بحكم تواضع مستواهما التعليمى والثقافى - متابعة التقدم الدراسى للأبناء ، ومساعدتهم فى العملية التعليمية ، واستعجال خروج الطفل إلى الحياة العملية والاشتغال بمهنة ما تعزيزاً لميزانية الأسرة نظراً للمشكلات الاقتصادية التى تواجهها .

ويعد حرمان الطفل من التعليم المنظم ، إجحافاً بأحد أهم حقوقه الحياتية التى يفترض أنها تمكنه من اكتساب المعارف والمهارات والاتجاهات اللازمة لمواجهة المواقف الجديدة ، والتسلح بالتفكير العلمى ، وتمكنه من استثمار طاقاته واستعداداته ، وتجعله قادراً على المشاركة الايجابية المتوخاه منه فى حياة مجتمعه مستقبلاً ، فضلاً عن أن حجب حق التعليم عن الطفل يعد المنبع الرئيسى لزيادة نسبة الأمية الأبجدية وما يترتب عليها من آثار ضارة بالطفل والمجتمع فى عصر تجاوزت فيه عديد من المجتمعات هذا الشكل التقليدى للأمية لمحاربة أشكال أخرى تعوق توافق الطفل مع المستجدات التكنولوچية والمعلوماتية .

لقد أوضحت نتائج بعض الدراسات التى تناولت علاقة العوامل الاجتماعية الأسرية بالتسرب من المدرسة (مصطفى عبد القادر وزميله ١٩٨٨) أن العوامل الأسرية كانت من أهم هذه الأسباب ووفقاً للترتيب التالى : فقر الأسرة وعدم مقدرتها على تحمل نفقات التعليم ، وحاجتها إلى مساعدة الطفل ، عدم اهتمام الوالدين أو أحدهما بتعليم الطفل ، كثرة عدد أفراد الأسرة ، عدم قناعة الوالدين بأهمية التعليم ، كثرة المشاحنات والمشكلات بين الوالدين ، انفصال الوالدين عن بعضهما ، سفر أحد الوالدين إلى الخارج ، وذلك إضافة لعوامل أخرى مدرسية ، وشخصية واجتماعية .

كما كشفت النتائج عن أن المتسربين ينتمون إلى أسر معظم أفرادها يفتقرون إلى التعليم ، أو من ذوى مستويات تعليمية متدنية . فقد بلغت نسبة الأميين فى هذه الأسر ٤٨.٦٪ على مستوى الآباء ، ٨١.٥٪ لدى الأمهات ، ٢٩.٦٪ لدى الإخوة . كما بلغت نسبة من يعرفون القراءة والكتابة - بدون أى مؤهلات - ٣٦.٥٪ من الآباء ، ١٤.٣٪ من الأمهات ، ٤٦.٤٪ من الإخوة . أما من حيث المستوى الوظيفى للآباء فقد تبين أن آباء المتسربين يشغلون المستويات الدنيا من الوظائف فى المجتمع المصرى (٢٥.٣٪ عمال زراعيين ، ٢٣.٦٪ عمال حرفيين ، ٢٥.٨٪ عمال خدمات ، ٢٤٪ صغار تجار وموظفين حكوميين) .

٤- العمالة المبكرة للأطفال فى السن من ٦ : ١٢ سنة - وربما قبل ذلك - ومع أن قانون العمل يحظر اشتغال الأطفال فى هذه السن المبكرة ، إلا أن الآباء غالباً ما يلجأون لتشغيل الطفل مبكراً نتيجة لما يعانونه من عوز ومشكلات وظروف معيشية قاسية وسيئة ، وفرص محدودة للدخل ، ومن ثم يكون للطفل فى مثل هذه الظروف ، وبالنسبة للأسر التى تعانى هذه الأوضاع المتدهورة قيمة وظيفية واقتصادية ، حيث يمثل العائد المادى لعمل الطفل مصدراً لا غنى عنه فى دعم ميزانياتها . وقد أسفرت نتائج إحدى الدراسات الطولية القومية بأمريكا أن النسبة الأكبر من آباء المراهقين العاملين تنحدر من أسر فقيرة وغير مستقرة وتقل فيها نسبة التعليم (Pirog &. Maureen , 1995)

ولعله مما يلاحظ لدى هذه الأسر ارتفاع قيمة العمل اليدوى ... لذا فإن اشتغال الطفل مبكراً بمهنة ما هو مما يضفى عليه فى نطاق بيئته وأسرته مكانة مرموقة ، ومسئولية ونضجاً ، لا سيما وأن الطفل العامل ينشأ فى وسط أسرى يجد فيه أبوه وإخوته يعملون بهذه الحرف . وقد تبين من نتائج دراسة عن عمالة الأطفال (عادل عازر وآخرون ١٩٩١) وجود علاقة بين نوع المهنة التى يمارسها الأب وعمالة الطفل ، فقد كانت الغالبية العظمى للآباء من العمال اليدويين (٣٣.٧٪) وعمال الخدمات (٢٤.٧٪) والباعة (١٣.٩٪) .

غنى عن البيان أن خروج الطفل مبكراً إلى سوق العمل يلحق أضراراً كبيرة بصحته ، ويعرّض نموه الجسمى والعقلى والنفسى والخلقى والاجتماعى لمخاطر عديدة .

رابعاً : حجم الأسرة :

يعد حجم الأسرة من المتغيرات ذات الصلة بالمستوى الاجتماعى الاقتصادى الأسرى ، ومن المرجع علمياً أن وجود الوالدين وعدد معقول من الأبناء يتناسب وإمكاناتهما الاقتصادية ، واستعداداتهما النفسية لرعايتهم الصحية والنفسية والاجتماعية ، يعد من أهم شروط المناخ الأسرى الملائم لنمو هؤلاء الأبناء نمواً سليماً .

إن طفل الأسرة كبيرة العدد - أى التى يفوق عدد أفرادها ما يتاح لهم من ظروف وإمكانات وفرص النمو السليم فى نطاقها - يكون أكثر عرضة للتجاهل والإهمال ، والعقاب البدنى من قبل والديه ، وللحرمان من إشباع حاجاته الأساسية ، مما يؤثر سلبياً على نموه ، ويرسب فى نفسيته مشاعر الإحباط والقلق ، والدونية والحقد والكراهية والظلم .

إن نمط التفاعل بين الوالدين ، وبين الوالدين والأبناء ، وبين الأبناء وبعضهم البعض يتأثر بحجم الأسرة ، فمع قدوم كل طفل جديد تزداد نظم التفاعل ، وتتعقد شبكة العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة ، كما تقل فرص التفاعل الوجدانى الإيجابى ، وتزداد أنماط التفاعل السلبى ليس فقط بين الوالدين والأبناء ، وإنما بين الوالدين وبعضهما البعض أيضاً ، نتيجة ما قد يعترى كل طرف من إرهاق ، ونظراً لتناقص ما يوليه كل طرف للآخر من رعاية واهتمام . وتزداد الأحوال سوءاً إذا ما اقترنت الزيادة فى عدد الأطفال بظروف تدنى الوضع الاقتصادى للأسرة وتدهور أحوالها المعيشية ، حيث تشتد الضغوط النفسية ، وتتزايد الإحباطات لقلة فرص إشباع الحاجات ، ويشيع التوتر والشد الانفعالى ، ويكثر الشقاق والاحتكاك والصراع فى المناخ الأسرى ، مما يؤثر سلبياً على الصحة النفسية للأبناء ، ويعرضهم للقلق والاضطراب . (عبد المطلب القريطى ١٩٩٣) .

ويغلب أن تفتقر الأسرة كبيرة الحجم بالمعنى المشار إليه آنفاً ، إلى التنظيم والضبط ، والاتصال المباشر بين أعضائها ، والرقابة الوالدية لسلوك الأبناء ، ومتابعتهم . وقد تبين من نتائج بعض الدراسات (ممدوحة سلامة ١٩٨٧) أن أطفال الأسرة كبيرة العدد يدركون رفضاً أعلى ، ودفئاً أقل من قبل والديهم لدى مقارنتهم بأطفال الأسر متوسطة وصغيرة العدد . وأن أطفال الأسر المتوسطة كانوا أكثر إدراكاً للرفض الوالدى من أقرانهم فى الأسر الصغيرة العدد .

كما لوحظ من نتائج دراسات أخرى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين زيادة حجم الأسرة ، وكل من الاعتمادية والعدوانية لدى الأطفال (ممدوحة سلامة ١٩٩٠) وهو ما يتسق مع ما يلاقيه هؤلاء الأطفال في بيئاتهم الأسرية من نقصان - وربما الحرمان من - فرص التفاعل الحميم والبناء مع الوالدين ، إضافة إلى ما يشيع في هذه البيئات من خلافات وظروف معيشية سيئة .

وقد وجد أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر كبيرة الحجم وذات مستوى اجتماعي - اقتصادي منخفض ، يتسمون - أكثر من أولئك المنتمين لأسر صغيرة الحجم وذات مستوى اجتماعي - اقتصادي مرتفع - بالسلوك الاجتماعي غير المناسب ، والسلوك التدميري العنيف ، والتصرفات غير اللائقة ، والاضطرابات النفسية ، والافتقار الملحوظ للثقة بالنفس ، وعدم تحمل المسئولية . (جوزيت عبد الله ١٩٩٣) .

ووجد أيضاً أن أبناء الأسر كبيرة العدد أكثر تعرضاً للإدمان من غيرهم ، فقد بلغت نسبة المدمنين لمواد مخدرة من أبناء الأسر كبيرة الحجم ٥٦.٥٪ ، مقابل ٣٧.٥٪ من أبناء الأسر متوسطة الحجم ، ٥.١٢٪ من أبناء الأسر صغيرة الحجم . (آمال فهمي ١٩٩٤) .

ومن بين جوانب نمو الطفل التي تتأثر بحجم الأسرة ، النمو العقلي والمعرفي . فمع كثرة عدد أفراد الأسرة تقل فرص التفاعل اللفظي بين الوالدين والطفل ، مما يؤثر سلبياً على نمو استعداداته اللغوية والعقلية ، لقلة فرص التنبيه والمران والتدريب . وتميل نتائج البحوث المتعلقة بتأثير حجم الأسرة على نمو الطفل إلى ترجيح أنه كلما كبر حجم الأسرة انخفض مستوى ذكاء الطفل ، وتحصيله الدراسي (Musen , 1984) ربما لعدم مقدرة هذه الأسرة على تهيئة بيئة معرفية غنية بالمنبهات ، وفرص الاستثارة والتواصل العقلي للطفل . كما تميل النتائج أيضاً إلى القول بأن أداء التلاميذ في المهام المدرسية يتأثر بالمستوى الاجتماعي - الاقتصادي لأسرهم ، وأساليب العقاب التي يتعرضون لها ، وتفاعل هذين المتغيرين معاً . (مصطفى كامل ١٩٨٨) .

وقد تبين من دراسة عن ظاهرة عمالة الأطفال في مصر (عادل عازر وآخرون ١٩٩١) أن متوسط حجم أسر الأطفال العاملين بلغ ٧.١ فرداً ، في حين أن متوسط حجم الأسرة على المستوى القومي كان ٤.٩ فرداً عام ١٩٨٦ ، كما اتضح أن نسبة الإنجاب بين أسر

الأطفال العاملين مرتفعة ، فقد بلغ متوسط عدد الأبناء ٤.٥ طفلاً . وهو ما يتفق مع نتائج بحوث أخرى كشفت عن أن قيمة الإنجاب كثير العدد مرتفعة لدى الطبقات الدنيا والفقيرة التى تدخل فى إطارها أسرة الطفل العامل .

خامساً : الترتيب الميلادى للطفل :

يؤثر الترتيب الميلادى فى أساليب تنشئته ونمو شخصيته فالطفل الأول يكون عُرضة - أكثر من غيره - للتجارب نظراً لمحدودية معرفة الوالدين بأساليب رعايته ، وربما يحظى منهما بالاهتمام المبالغ فيه وبالحماية الزائدة ، لا سيما إذا كان نوع جنسه موافقاً لرغبتهما ، أو رُزقا به بعد طول انتظار . وربما مارس هذا الطفل بعد ذلك دوراً سلطويا تسلطياً على إخوته الأصغر منه ، فتسوء علاقته بهم ، وربما نشأ أيضاً معتمداً على غيره ، اتكالياً ، ليس بإمكانه تحمل المسئولية نتيجة تدليله والإفراط فى حمايته .

أما الطفل الثانى فإنه يكون أكثر استفادة من الخبرة السابقة لوالديه ، وعادة ما يبدى أنماطاً سلوكية تنافسية وعدوانية بدرجة تفوق أخاه الأكبر . وقد أسفرت نتائج بعض الدراسات أن الإخوة الأصغر يبدون حساسية وتأثراً لاختلاف المعاملة الوالدية (McHale , Susan & et al , 1995) .

وقد يؤدى التفاوت الشديد فى الأعمار الزمنية بين الأبناء إلى كثرة المشاحنات والخلافات بين " الصغير " ، و" الكبير " . كما يؤدى هذا التفاوت إلى تحول اهتمام الوالدين إلى الطفل الأصغر ، وإجابة كل مطالبه لكونه " آخر العنقود " كما يقولون ، وهو ما يشعر الإبن " الأكبر " بالغبن والغيرة ، ويجعله نهباً للصراع بين حبه لأخيه وحقده عليه لاستثارة باهتمام الوالدين فى آن واحد .

أما الطفل الأوحد فربما تتسم تنشئته - أيضاً - بالتدليل والحماية الزائدة ، نتيجة الإفراط فى حبه وشدة القلق عليه . وربما تتسم بالتزمت الشديد والحرص ، والحساب العسير على صغائر الأمور ، مما يؤدى إلى سوء توافقه بعد ذلك .

ومن زاوية أخرى فإن عدم التناسب فيما بين العمر الزمنى للأب أو للأم أو كلاهما وسن الطفل ، يساعد على زيادة حدة ما يسمى " بصراع الأجيال " ، نتيجة اختلاف كل

من الطفل ووالده فى الأفكار والمفاهيم فيسبب خلافات مستمرة وتوتراً فى العلاقة بينهما.

ويمكن القول - بصفة عامة - أن ما يترتب على الترتيب الميلادى للطفل من آثار على شخصيته مرهون بعوامل كثيرة من بينها موقف الوالدين من هذا الطفل، واتجاههم نحوه، ومستوى وعيهما بالأساليب الوالدية فى التنشئة والآثار المترتبة عليها، ومدى توافق الوالدين فى حياتهما الزوجية. والمهم أن يشعر الأبناء بالحب والتقبل وعدم التفرقة بينهم فى المعاملة.

ثامناً: غياب الأب وخروج المرأة لميدان العمل:

يعد الوالدان أهم أعضاء الأسرة، وأكثرهم تأثيراً فى حياة الطفل، فهما اللذان يفرضان عليه النظام، وهما اللذان يعاقبانه أو يكافئانه، ومن ثم يشجعانه على اتباع أساليب محددة معينة، أو يقضيان على الأساليب التى لا تتفق ووجهة نظرهما. (مصطفى الشرقاوى ١٩٨٣).

ولا شك أن مثول الوالدين فى حياة الطفل، هو أمر لازم وضرورى لتأمين استقراره النفسى وشعوره بالثقة والأمن والإنتماء، فمهمة التنشئة الاجتماعية للأطفال مسئولية مشتركة، ومهمة مزدوجة لكل من الوالدين، لا يستقيم أمرها، كما ينتفى العائد المرجو منها إذا لم يقم كل منهما بدوره فيها على نحو مسئول وإيجابى. جدير بالذكر أن علاقة الطفل بوالديه لا تتوقف على مقدار ما يقضيانه معه من وقت، وإنما تمضى عملية التنشئة الاجتماعية فى سبيلها الصحيح بناء على نمط تلك العلاقة والكيفية التى يتعامل بها الوالدان مع الطفل، وما يستشعره خلالها من حب وعطف أم نفور وإهمال.

ولقد تعرض المجتمع المصرى فى النصف الأخير من القرن العشرين خاصة إلى العديد من التطورات والتغيرات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، التى امتد تأثيرها إلى الأسرة سواء من حيث بنائها ونمطها، ومستوى معيشتها، والعلاقات والتفاعلات الاجتماعية بين أعضائها.

كما أدت الضغوط الاقتصادية المتزايدة التى تواجهها الأسرة المصرية، وتزايد أعبائها وطموحاتها فى تحسين مستوى معيشتها، وما ارتبط بتعليم المرأة من تغيرات فى النظرة إلى أدوارها ووظائفها، وضرورة مشاركتها فى عمليات التنمية وزيادة الإنتاج .. أدت

إلى خروج المرأة إلى ميدان العمل . وإلى زيادة انشغال الأب ليس بعمله الأصلى فحسب ، وإنما بالبحث أيضاً عن مصادر أخرى جديدة لتوفير لقمة العيش لأسرته ودعم ميزانيتها ، كالأعمال الإضافية التى ربما استغرقت يومه بكامله ، مما يصيبه بالإرهاق والإجهاد الذى يؤثر دون شك على مدى كفاءته فى عملية التنشئة الاجتماعية لأبنائه ، وعلى نمط تفاعله معهم ، وعلى مدى ما يتاح له من وقت لرعاية شئونهم . وربما أدى به الأمر إلى الهجرة الداخلية - لمناطق نائية - أو الخارجية للعمل ، مما يترتب عليه تباعداً مادياً ونفسياً بينه وأعضاء أسرته ، قد يفضى فى النهاية إلى فتور العلاقات الاجتماعية الأسرية وتفككها ، وانحراف الأبناء .

لقد أدت التغيرات الاجتماعية ، والضغوط الاقتصادية وما ترتب عليها من خروج المرأة إلى ميدان العمل ، وغياب الأب معظم يومه عن محيط الأسرة ، أو غيابه المتصل لسفره للعمل بالخارج إلى انكماش وظيفة الأسرة ذاتها فى عملية التنشئة الاجتماعية للأبناء ، لا سيما فى مراحل عمرهم الأولى ، وحتى مراهقتهم ، وتقليص دور الوالدين فى الرعاية النفسية الواجبة لهم ، وتحقيق إشباعاتهم الانفعالية والاجتماعية الكفيلة بنموهم نمواً سليماً ، وارتقاء سلوكهم على النحو المنشود .

وللأب دوره الهام فى حياة الأسرة عموماً والمصرية خصوصاً إلى جانب ما للأم من أهمية فى عملية التنشئة الاجتماعية . حيث يعد الأب أداة للضبط والنظام الاجتماعى فى المحيط الأسرى ، ومهما تعددت قوى الثواب والعقاب فى حياة الطفل يظل هو المنبع الرئيسى لها ، فهو مصدر الهيبة والقوة فى نفوس الأبناء ، تلجأ إليه الأم باعتباره الملاذ الأخير عندما تضيق بها السبل ولا يخشاها الأبناء وتضطرب علاقتها بهم ، كما ترجع إليه المدرسة فى أمورهم كمسئول أول كلما دعت الضرورة إلى ذلك . له أثره البالغ فى تأصيل القيم الأخلاقية ، والضوابط السلوكية لدى أبنائه ، وفى تحقيق التمايز الجنسى بين الذكور والإناث ، وفضلاً عن هذا وذاك فإن الأب هو القدوة والنموذج الذى يتوحد به الأبناء . ويشيع تواجده فى المحيط الأسرى ، ورعايته لشئون أطفاله واهتمامه بهم جوا من الإيجابية والتعاون والمشاركة والاهتمام . كما يؤدى غيابه إلى زعزعة إحساسهم بالثقة فى أنفسهم ، ونمو مفهوم سلبى عن الذات ، ويزيد من احتمالات ظهور التوتر والقلق ، والسلوك المشكل والمنحرف لدى الأبناء (عبد المطلب القريطى ١٩٩٣) .

إن انشغال الأب واستغراقه فى العمل المتصل بعيداً عن أسرته معظم الوقت ، وخروج المرأة إلى ميدان العمل يؤديان إلى عدم توفر الوقت الكافى لرعاية الأبناء، مما قد يضطرهما للجوء إلى المربيات أو جليسات الأطفال لينوبا عنهما فى هذه العملية . وقد يدفعهما الأمر إلى الزج بطفلهما فى سن الثانية وربما قبل ذلك إلى دار حضانة . ولا يخفى ما يترتب على ذلك من آثار سلبية على نموه . ويذكر بعض الباحثين (السيد البهواشى ، ١٩٩٢) أن الأسرة المصرية تخطىء خطأ جسيماً عندما تستبدل دورها فى التربية بالحضانة أو الخادمة . ذلك أن الأسرة تعنى بطفلها بدافع الحب والحنان ، وليس بدافع الواجب مثلما تفعل الحاضنة أو الخادمة ، وشتان بين الحب والواجب . كما أن التفاوت فى أنماط السلوكيات التى يتعلمها الطفل من الأبوين وما يتعلمه من المربية أو الخادمة التى يخالطها ، سيوقعه فى حيرة وتوتر مما يهدد أمنه النفسى .

وربما لجأت بعض الأسر إلى استقدام الخادمات الأجنبيات لرعاية أطفالها مما يعرضهم إلى تأثيرات ثقافية متباينة يكتسبون معها عادات وتقاليد ومعايير سلوكية تتعارض مع الإطارالاجتماعى المصرى وهم فى أدق أطوار تكوينهم النفسى والانفعالى والأخلاقى .

ونظراً لما يفرضه المجتمع على الأم العاملة من أدوار ومهام متعددة كزوجة ، وأم ، ومسئولة عن عمل ، فإن ذلك يتطلب منها بذل جهد مضاعف يسبب لها إنهاكاً وإجهاداً وقلقاً وتوتراً ، وربما أدى إلى انخفاض مستوى أدائها لتلك المهام والمسئوليات ، وإلى وقوعها فريسه لصراع نفسى بين مطالب وواجبات متعارضة ، كما يؤثر بدوره على طريقة معاملتها لأبنائها والتى ربما تتسم بالتوتر والعصبية ، والنبذ والإهمال ، فى وقت يجب أن تكون فيه مصدراً للإشباع الفسيولوچى والانفعالى ، والحب والدفء .

هذا بالإضافة إلى أن خروج المرأة إلى العمل لا سيما بعد ميلاد الطفل يعجّل باعتمادها على الرضاعة الصناعية كبديل عن الرضاعة الطبيعية بشكل كلى أو جزئى ، مما يعرض الطفل لمخاطر صحية كالتلوث بالميكروبات ، وعسر الهضم ، ويحرمه من حقه فى الحصول على غذاء طبيعى ، وعائد عاطفى حيوى بالنسبة لنموه الجسمى والنفسى يتمثل فى مشاعر الطمأنينة والسكينة والدفء من خلال الرضاعة عن طريق ثدى الأم ، وما يصاحب هذه العملية من تواصل جسدى ومعنوى ينمى سلوك التعلق بأمه وأسرته ويعززه .

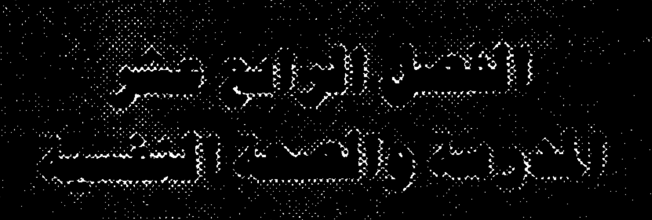
إن العلاقة بين الأم وطفلها بمثابة ركيزة أساسية فى نموه الاجتماعى والانفعالى المبكر . فالتفاعل بين الأم والطفل يشمل الغالبية العظمى من التجربة اليومية للطفل ، كما أن هذا التفاعل يحدث فى لحظات هامة بالنسبة له كفترات الغذاء واللعب . ومن ثم تؤثر هذه العلاقة تأثيراً كبيراً ومباشراً فى الطفل أكثر من أية علاقة أخرى ، كما يعد الانفصال المطوّل والمتكرر بين الأم والطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من الأمور المهددة لاستقرار هذه العلاقة وثباتها . (فايز قنطار ١٩٩٢) .

ويلمع عادل الأشول (١٩٧٩) إلى أن الطفل عندما يشبع حاجاته الفسيولوجية دون علاقة أساسها الود والتعاطف والحب مع شخصية الأم أو من تقوم مقامها ، يحدث تأخر فى نموه . كما أن حرمانه لفترة طويلة من رعاية الأم وعنايتها قد يكون له آثار خطيرة وعميقة على خصائصه النفسية ، ومن ثم على مستقبل حياته . كما يشير فؤاد البهى السيد (١٩٧٥) إلى أن الطفل الذى يحرم من أن يُحِبْ ويُحَبْ ، نتيجة عزله بعيداً عن أمه ، يتأخر نموه البدنى والعقلى والانفعالى ، وتصاب شخصيته بضرر بالغ .

وقد كشفت نتائج بعض الدراسات عن أن ٧٩٪ من أفراد عينة بحث أجرى على النساء العاملات المصريات قررن أن عملهن يؤثر على أدائهن واجباتهن نحو أطفالهن . كما رأت ٦٩٪ منهن أن عملهن خارج البيت يؤثر سلبياً على واجباتهن نحو أزواجهن مما يسبب خلافات زوجية (إسماعيل دياب وصلاح معوض ، ١٩٨٥)

كما أوضحت هذه النتائج أن مشكلة رعاية الأبناء وتربيتهم من أهم الآثار السلبية لعمل المرأة (صفوت فرج وناهد رمزى ١٩٧٧) . وأن الطفل الذى يتعرض للرعاية البديلة عن الأم يواجه عديداً من المتاعب والمشكلات الصحية والنفسية ، فأطفال الأمهات العاملات أكثر تردداً على الأطباء من أطفال غير العاملات ، وأن الأمهات المتفرغات لرعاية أطفالهن أكثر متابعة لنشاطاتهم واهتماماتهم خلال اللعب ، وفى المدرسة من الأمهات العاملات . (ملك الطحاوى ، ١٩٨٩)

كما كشفت نتائج الدراسات عن وجود فروق دالة إحصائياً فى السلوك العدوانى بين أطفال الأمهات العاملات وغير العاملات لصالح أبناء الأمهات العاملات (إيمان إبراهيم ١٩٩٠ ، فاطمة محمود ١٩٩٣) وعن أن السلوك الانفعالى لأطفال الأمهات غير العاملات أفضل منه لدى أقرانهم من أبناء الأمهات العاملات . (مرزوق عبد المجيد ١٩٩٠) .



- المدرسة والنمو السوى .
- بعض المتغيرات المدرسية وعلاقتها بالصحة النفسية .
  - المناخ المدرسى
  - نمط الإدارة المدرسية
  - العلاقات المهنية والإنسانية داخل المدرسة
  - المنهج الدراسى
  - شخصية المعلم
    - الخصائص
    - التوافق المهنى
    - الأدوار والواجبات
    - دور المعلم كمرشد نفسى تربوى
- نموذج إطار للخدمات النفسية المدرسية لرعاية المتفوقين عقلياً .

المدرسة والصحة النفسية

المدرسة هى تلك المنظمة الرسمية التى كفلها المجتمع بحكم تطور الحياة وتعقدها ، وأوكل إليها مهمة تربية النشء وتعليمهم بشكل نظامى مقصود ، وفقاً لنظم معينة ، ومن خلال نقل الثقافة ، وإكساب أنماط السلوك والتفكير ، وتكوين العادات والاتجاهات الاجتماعية والقيم والمثل المنشودة ، وتدريبهم على الطرق والأساليب التى تساعدهم على تنمية استعداداتهم ومهاراتهم واستثمار طاقاتهم المختلفة إلى أقصى ما يمكنها الوصول إليه .

وتعد المدرسة حلقة وسطى فيما بين الأسرة بنطاقها الضيق ، والحياة الاجتماعية بزخمها ونطاقها الواسع الممتد . فهى تستقبل الطفل صغيراً فى طور النمو لتؤهله ناضجاً لمواجهة الحياة بمواقفها المعقدة ومشكلاتها المتعددة ، وطبيعتها المتغيرة ، ولممارسة دوره الاجتماعى والمهنى .

المدرسة .. غاياتها والنمو السوى للطفل :

يتطلب النمو النفسى السليم للطفل مراعاة التدرج فى عملية الإنتقال من الأسرة إلى المدرسة ثم إلى الحياة الاجتماعية ، والاتساق والتجانس بين أجواء هذه البيئات الثلاث ، بحيث يكون الإنتقال فيما بينها طبيعياً لا يشعر معه الطفل بالصدمة والفزع ، ولا بالتناقض أو الانفصال فيما بينهما ، مما قد يؤدى به إلى القلق والإحباط وسوء التوافق النفسى والمدرسى والاجتماعى .

كما يتطلب النمو النفسى السوى للطفل أيضاً الاتصال الوثيق فيما بين الأسرة والمدرسة من جانب ، والمدرسة والحياة الاجتماعية من جانب آخر . وعلى المدرسة أن تدرك أن عملها سيظل ناقصاً - لاسيما بالنسبة للأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية أو يعانون من اضطرابات انفعالية - ما لم يتوثق اتصالها بالأسرة للتشاور والتفاهم وتبادل المعلومات بشأن هذه المشكلات وسبل علاجها ، وتبصير الآباء بطرق متابعة أبنائهم وتوجيههم ، وإرشاد الآباء إلى الاتجاهات والأساليب السوية فى معاملتهم . ومن وسائل تحقيق ذلك مجالس الآباء والمعلمين ، وعقد الندوات الإرشادية وورش العمل للآباء وكفالة مشاركتهم فى الحياة المدرسية .

ويبدو أن الاتصال والترابط بين المدرسة وجوانب الحياة فى البيئة الاجتماعية أمر ضرورى ، فإعداد النشء للحياة الاجتماعية يعد من أهم أهداف عملية التربية والتعليم ، ومن ثم يجب أن تكون الحياة المدرسة وثيقة الصلة بالحياة الاجتماعية والعملية سواء من حيث ما تتضمنه المناهج والمقررات الدراسية من موضوعات وقضايا ومشكلات ، أو ما يدور داخل الحياة المدرسية ذاتها من نشاطات وعلاقات وخبرات وفرص للاحتكاك والتفاعل والتدريب .

ينقلنا ذلك إلى إلقاء الضوء بشكل موجز على توجهات التربية وغاياتها من العملية التعليمية عبر التطور التاريخى ، وعلاقة ذلك بشخصية المتعلم وصحته النفسية . فقد عنيت النظرية التقليدية القديمة فى التربية بالجانب العقلى من شخصية المتعلم ، وتلقينه الحقائق العلمية والمعارف ، فكان التحصيل الدراسى - بمعنى اكتساب المعلومات - هو محور الاهتمام . وترتب على ذلك اتباع طرق تدريسية معينه قائمة على التلقين والتحفيظ من قبل المعلم ، وعلى الاستظهار والاسترجاع من قبل المتعلم ، كما أدت هذه النظرة الضيقة لمفهوم التربية إلى سلبية التلميذ وانحسار دوره فى مجرد تلقى المعلومات وحفظها دون مناقشة أو إعمال للفكر ، وإلى اغفال الجوانب الأخرى من شخصيته . وحتى بالنسبة للجانب العقلى من الشخصية - وهو ما عنيت به هذه النظرية - فإنها لم تهتم فيه سوى بتدريب الذاكرة عن طريق الحفظ ، وأهملت بقية القدرات العقلية الأخرى كالفهم والتفكير الإبداعى ، والتفكير الناقد ، والتحليل وغيرها .

لذلك كله اهتمت التربية الحديثة بشخصية التلميذ ككل عقلياً وانفعالياً وجسمياً واجتماعياً لتحقيق نموها المتوازن الشامل والمتكامل . وأصبحت عنايتها واضحة بالفروق الفردية بين التلاميذ وباستعدادتهم وميولهم وحاجاتهم ، وتهيئة المناهج الدراسية الملائمة ، والتنويع فى طرق التدريس وفى أساليبه ، وفى وسائل التعليم ، وفى الأنشطة المدرسية التى تتناسب معها .

كما تنوعت الأهداف التعليمية بحيث تجاوزت مجرد العناية بحفظ المعلومات إلى تنمية المجالات العقلية (كالمعرفة والفهم والتطبيق والتحليل والتقويم) ، والوجدانية كالاتجاهات والقيم والمشاعر والأحاسيس والتذوق والتقدير) والحركية (كالمهارات الأدائية والإتقان والسيطرة) . واتسع مفهوم التقويم ليشمل مختلف التغيرات التى تطرأ

على مستويات أداء التلميذ فى هذه المجالات جميعاً . إضافة إلى إعداد المعلمين وتدريبهم بما يحقق تلك الغايات الجديدة ، سواء من حيث الناحية العلمية التخصصية أم التربوية النفسية ، ولم يعد نموذج المعلم هو النموذج " الملقن " الذى كان سائداً من قبل ، وإنما أصبح المعلم إلى جانب نقله المعرفة مربياً وموجهاً لسلوك تلاميذه ، وراعياً لنموهم ، وميسراً لبناء العلاقات الإنسانية بين تلاميذه وبعضهم البعض ، ومرشداً ، ومثيراً ومحركاً لدوافع التلاميذ ورغبتهم فى التعلم .

وأصبحت الخدمات النفسية ومنها التوجيه التعليمى والإرشاد النفسى والتربوى وفقاً لهذا المفهوم الشامل للتربية الحديثة محل اعتبار وجزءاً متكاملاً مع العملية التعليمية لمساعدة التلاميذ على اكتشاف ما يتمتعون به من استعدادات ، وتوجيههم إلى نوعية الدراسة التى تتفقْ معها ، وعلى حل مشكلاتهم ، وعلى تحقيق توافقهم الشخصى والدراسى والاجتماعى .

بعض المتغيرات المدرسية وعلاقتها بالصحة النفسية :

سوف نتناول فيما يلى أهم المتغيرات المدرسية وعلاقتها بالصحة النفسية للتلاميذ على النحو التالى :

- المناخ المدرسى العام .
- نمط الإدارة المدرسية .
- العلاقات المهنية والإنسانية داخل المدرسة .
- المنهج الدراسى .
- خصائص شخصية المعلم ، وتوافقه المهنى ، وأدواره وواجباته فى المدرسة عموماً ، وفى الإرشاد النفسى خصوصاً .

ثم نختتم هذا الفصل بنموذج لإطار تطبيقى فى مجال الخدمات النفسية المدرسية لرعاية إحدى فئات التلاميذ من ذوى الحاجات الخاصة وهم المتفوقين عقلياً .

المناخ المدرسى العام :

المناخ المدرسى العام هو الجو الذى يسود المدرسة كمؤسسة تربوية تعليمية متضمناً الكيفية التى تدار بها ، ويتم على أساسها اتخاذ القرارات ، وتنفيذها ، وتوزيع الأدوار والواجبات على العاملين فيها ، وتنظيم سير العملية التعليمية و إدارة النشاطات المدرسية ، وشبكة العلاقات والتفاعلات بين أعضاء المجموعة البشرية داخل المدرسة على اختلاف مستوياتها ووظائفها . فالمناخ المدرسى باختصار هو المحصلة النهائية العامة المميزة لخصائص المدرسة .

ويشكل هذا المناخ الإطار الذى ينمو فيه التلميذ من بعد الأسرة حيث يكتسب فيه خبراته ، وينهل منه معارفه ، ويمتص قيمه واتجاهاته وأنماط سلوكه . ومن هنا فإنه يؤثر تأثيراً لا يمكن تجاهله أو إغفاله على شخصية التلميذ وعلى توافقه الدراسى . فإن كان هذا المناخ صحياً سليماً مشبعاً بالحب والفهم وتقدير حاجات التلاميذ وتحقيق توقعاتهم ، قائما على المشاركة الجماعية والتعاون والاحترام ، مشجعاً على الإبداع ، ومانحاً للحرية ، وفى الوقت ذاته كافلاً للضبط والالتزام وتحمل المسئولية ، فلا شك أن مثل هذا الجو المدرسى سيساعد على نمو شخصيات أقرب إلى الاتزان والتكامل والتوافق والصحة النفسية السليمة .

على العكس من ذلك فإن المناخ المدرسى الذى تشيع فيه أساليب الضغط والقسر والإكراه والعنف ، والشعور بالخوف والتهديد ، وتصدع العلاقات الإنسانية والاجتماعية ، أو الذى تشيع فيه الحرية الزائدة والفوضى والإهمال والتسيب وينعدم فيه الضبط والربط ، أو الذى لا يقيم اعتباراً لحاجات التلاميذ ولا يحترم شخصياتهم ، فمثل هذا المناخ لن يؤدى فى أغلب الأحوال سوى إلى نمو مظاهر السلوك الشاذ والانحرافات السلوكية لدى التلاميذ : كالكذب والسرقة والغش ، والاستهتار والعنف والعدوان وسوء التوافق الدراسى ، وكراهية المدرسة والهروب منها ومن ثم التأخر الدراسى .

ومن بين أهم خصائص المناخ المدرسى اللازم لتحقيق الصحة النفسية السليمة لدى التلاميذ ما يلى :

أ - أن يمنح التلاميذ شعوراً بالحب والتفهم والتقدير ، والأمن والطمأنينه ، ويخلو من عوامل التهديد والكف والقلق والقسر والإكراه فينشأون على الحب والانتماء للمجتمع

المدرسى من ناحية ، ويتشربون اتجاهات نفسية موجبة نحو ذواتهم ونحو الآخرين وكذلك نحو المدرسة وعملية التعليم من ناحية أخرى .

ب- أن يتسم بالمرونة فيتيح للتلاميذ التفاعل مع مختلف عناصره ، ويساعدهم على فهم أنفسهم ، وما تنطوى عليه من جوانب قوة وجوانب ضعف وعلى فهم الآخرين .

جـ- أن يتسم بروح العدالة والانصاف بحيث يشعر التلاميذ أن كلاً منهم يستمد قيمته ومكانته فى المدرسة وبين زملائه من التزامه السلوكى والاخلاقى ومدى وفائه بواجباته ومسئولياته ، وليس على أساس مستواه الاقتصادى أو طبقته الاجتماعية .

د- أن يتسم بالديمقراطية ، ويكفل الفرص والأنشطة والخبرات اللازمة لتدريب التلاميذ على المناقشة الموضوعية ، والمشاركة فى إبداء الرأى وفى اتخاذ القرارات وفى تنفيذها ، وفى تحمل المسئولية ، وتعلم المهارات الاجتماعية .

هـ- أن يمنح التلاميذ شعوراً بالثبات وعدم التذبذب سواء فى معاملتهم أم فى معالجة المواقف المتشابهة ، بحيث لا يترسب لدى التلاميذ إحساس بالغبن والتحيز ، وإنما يشعر كل تلميذ بمكانته وحقوقه المتساوية مع حقوق زملاؤه الآخرين ومن ثم ينهض بإنجاز واجباته .

و- أن يساعد على تفهم حاجات التلاميذ وتقديرها ، ويكفل فرص إشباعها بقدر الإمكان .

ز- أن يكفل فرص الاندماج الاجتماعى وتنمية العلاقات الإنسانية بين عناصر المجموعة البشرية المدرسية (المدير والمعلمين والتلاميذ والفنيين والعمال) ، ويتيح للتلاميذ التدريب على الأخذ والعطاء ، وممارسة الأدوار الاجتماعية ؛ كالقيادة والتبعية والشعور بالمسئولية الاجتماعية .

ح- أن يمنح شعوراً بالحرية مع الضبط ، بحيث يدرك كل تلميذ أن حريته محددة بالتزامات أخلاقية وضوابط سلوكية ، كاحترامه لحقوق الآخرين وللنظام المدرسى والقوانين والأعراف الاجتماعية .

ط- أن يتسم بالتكافل والوحدة والتماسك ، كما يكفل التوجيه الثقافى والاجتماعى والترويح الإيجابى .

ى- أن يكفل للتلاميذ فرص التعبير عن المشاعر والانفعالات ، وتنمية استعداداتهم الإبداعية فى مختلف المجالات ، وتزويدهم بالخبرات المتنوعة المحببة إلى نفوسهم .

أنماط الإدارة المدرسية :

من بين المتغيرات المؤثرة على المناخ المدرسى ككل ، والحاكمة لمدى التفاعل بين الجماعة البشرية العاملة فى المدرسة ، وللعلاقات الإنسانية فيما بين أعضائها ، والمؤثرة أيضاً على الصحة النفسية للتلاميذ وعلى تحصيلهم الدراسى ما يسمى بنمط الإدارة المدرسية أو الأسلوب الذى يتخذه المدير أو الناظر فى قيادة العمل المدرسى لتحقيق الأهداف التربوية فى المدرسة وخارجها .

ويمكن تصنيف أنماط الإدارة المدرسية إلى ما يلى :

أ - النمط الديمقراطى :

يوازن هذا النمط بين ناحيتين أساسيتين فى العمل المدرسى هما الاهتمام بالعمل ذاته وبتحقيق الأهداف المحددة والواجبات المطلوبة من جانب ، والاهتمام بالمشاركة الفعالة للأفراد فى اتخاذ القرارات وفى تحمل مسئولية تنفيذها مع تعزيز العلاقات الإنسانية والاجتماعية فيما بين أعضاء المجموعة البشرية المدرسية من جانب آخر .

كما يستمد صلاحياته وسلطاته من الجماعة ذاتها ، وذلك من خلال إتاحة الفرص أمام أفرادها للمشاركة والأداء الجماعى القائم على التخطيط والمتابعة والتقويم ، وحسن توظيف واستثمار طاقاتهم وإمكاناتهم وذلك بعد تحديد المهام وتوزيع الأدوار وفقاً لهذه الطاقات والإمكانات . هذا يعنى أن النمط الديمقراطى فى إدارة العمل المدرسى يتبنى نظرة معينة أساسها احترام الإنسان وتقدير طاقاته الإبداعية الخلاقة ، وكذلك رغبته فى العمل والمشاركة وسعيه إلى تحمل المسئولية ومواجهة المشكلات ، والعمل على إشباع حاجته إلى المشاركة وتحقيق ذاته من خلال العمل فى جو يسوده الثقة المتبادلة والتواد بين جميع الأطراف . وهو ما تنعكس آثاره الحميدة على المناخ النفسى العام للمدرسة متمثلة فى الثقة المتبادلة والتجاوب والتماسك والتعاون وارتفاع الروح المعنوية ، والشعور بالاستقرار والراحة النفسية بين العاملين والطلاب .

ب- النمط السلطوى التحكمى (الأوتوقراطى)

يهتم هذا النمط بالتركيز على جانب العمل ذاته وبتحقيق أهداف المؤسسة التعليمية على حساب العلاقات الإنسانية ، حيث يرسم المدير بنفسه صورة ذهنية عن المدرسة ووظائفها ونشاطاتها ، ويخطط لإجراءات تحقيق هذه الصورة ، كما يتخذ القرارات اللازمة دون اعتبار لبقية أطراف العمل المدرسى من المساعدين والمدرسين والإداريين والفنيين والتلاميذ ، وينظر إليهم كأدوات منفذة لخططه وإجراءاته وتعليماته دون إتاحة الفرصة لإبداء آرائهم . وغالباً ما يبدى ودا وترحيبا تجاه من يسمعون فيمتثلون ويطيعون ، وتذمرا وتبرما تجاه من يناقشون أو يخالفون ، وإن عقد اجتماعا فعادة ما يكون قصيرا لا مجال فيه للمناقشة وإنما لإعطاء المزيد من الأوامر والتعليمات .

ويستمد المدير ذو النمط الأوتوقراطى فى الإدارة المدرسية سلطاته من مركزه أو نفوذه الوظيفى القوى ، واستغلال سلطاته فى الضغط على مرؤسيه والتلويح بالعقاب ، وفرض الرأى وعدم إفساح المجال للمشاركة فى رسم السياسة العامة واتخاذ القرارات . وتبنى الممارسة الأوتوقراطية فى الإدارة على أسس مغايرة تماما للممارسة الديمقراطية من بينها أن الإنسان كسول وخامل بطبيعته ، وينزع إلى التهرب من تحمل المسئولية ... ولذا يجب أن يقوم فرد آخر بقيادته ودفعه إلى العمل سواء بالتهديد بالعقاب أم بإيقاع العقاب به .

ولا يخفى ما لهذا النمط من آثار ضارة على المناخ المدرسى والعاملين فيه تتمثل فى التذمر وعدم الثقة ، وانخفاض مستوى الدافعية للعمل ، وانعدام الشعور بالإشباع النفسى من خلال العمل ومن ثم عدم الرضا عنه ، وما يترتب على ذلك من مشاعر القلق والإحباط والحرمان لدى المدرسين والعاملين ، وهو ما ينعكس فى النهاية على علاقة المعلم بتلاميذه وأسلوب معاملته لهم ، فقد يتخذ المعلم من التلميذ كبش فداء يحوّل إليه حنقه وغيظه وتوتره من جو العمل ومديره ، وربما أفرغ فيه عدوانه لأهون الأسباب .

جـ- النمط اللوائحى (البيروقراطى)

ويتميز المدراء من هذا النمط بالالتزام الحرفى بما تنص عليه النظم والقواعد وعدم الخروج عنها ، حيث يحرص المدير البيروقراطى على تنفيذ اللوائح بدقة شديدة وإذا ما التبس عليه الأمر أو أسقط فى يده ، فإنه يلتمس النصيحة من رؤسائه وأهل العقد والربط ، وعادة ما يتسم بالتصلب الفكرى والجمود وعدم المرونة ونضوب التفكير الإبداعى ،

كما يفتقر إلى المبادأة والمخاطرة والتصرف والعلاقات الاجتماعية . ويضفى هذا النمط من الإدارة المدرسية على المعلمين والعاملين نمطية ورتابة وتبلدا وفقدان روح التطوير والتجديد والإبداع .

د- النمط التسيبى (الفوضوى) :

يتميزهذا النمط فى إدارة المدرسة بإتاحة حرية التصرف للمرؤسين دون تدخل من المدير وذلك على أساس أنهم قادرون على اتخاذ القرارات المناسبة لعمل كل منهم دون معونة من أحد . وتنعدم فى الإدارة الفوضوية عمليات الضبط والتوجيه والتنسيق ، كما يغلب أن يركز المدير على كسب رضا العاملين على حساب تحقيق أهداف العمل والقيام بالواجبات المطلوبة . ونتيجة للتسيب وانعدام الضوابط المنظمة للعمل وللعلاقات بين الأفراد ، فإن مشاعر البلبلة والتعارض ، والإهمال والتهرب من تحمل المسئوليات ، وإلقاء التبعات على الآخرين تكون هى السائدة فى المحيط المدرسى ، كما تسود مشاعر القلق والضياع وعدم التأكد بين المدرسين ، ويكون ناتج العمل المدرسى محدوداً وضئيلاً للغاية وهو ما يؤثر سلبياً على النمو النفسى للتلاميذ ومستوى تحصيلهم الدراسى .

العلاقات المهنية والإنسانية داخل المدرسة :

أوضحنا فيما سبق أهمية المناخ المدرسى وخصائصه اللازمة لتحقيق مستوى مناسب من الصحة النفسية السليمة للتلاميذ ، كما تناولنا أنماط الإدارة المدرسية وتأثيراتها المختلفة على هذا المناخ وعلى العاملين فيه . وبإمكاننا القول بأن المناخ المدرسى الديمقراطى الذى يوازن بين واجبات العاملين وحقوقهم ، ويعنى بتحقيق الأهداف والغايات التربوية المنشودة من المدرسة وبما يتمشى مع فلسفة المجتمع ، كما يعنى بتوثيق وتعزيز أواصر العلاقات المهنية والإنسانية فى المجال المدرسى يمكن أن يكون له مردوده الإيجابى على مستوى الصحة النفسية للمعلمين والتلاميذ . فالمعلم الذى يعمل فى إطار هذا المناخ غالباً ما سيعكس الأسلوب الديمقراطى فى معاملته لتلاميذه ، وسيعمل على تنمية خصائصه وتدعيمها فى شخصيات هؤلاء التلاميذ ، كما سيكون أكثر رضى عن عمله وفاعلية فى القيام بواجباته .

ويمكن تصنيف العلاقات بين أعضاء المجموعة البشرية فى محيط المدرسة إلى ما يلى :

أ - العلاقة بين المدير وكل من المساعدين والمعلمين والفنيين .

ب- العلاقة بين المعلمين وبعضهم البعض .

جـ- العلاقة بين المعلم وتلاميذه .

د- العلاقة بين التلاميذ وبعضهم البعض .

هـ- العلاقة بين المعلم وأولياء أمور التلاميذ .

من خصائص هذه العلاقات أنها معقدة ومتشابكة وديناميكية لأن كل منها تتأثر بالأخرى كما تؤثر فيها . لذا فإنها كلما اتسمت بالتفاهم والاحترام والثقة المتبادلة بين أطرافها ، وبالروح الجماعية والتعاون ، والتنافس الإيجابى فى إطار فرص متكافئة ، ساعدت على الشعور بالأمن والاستقرار وتحمل المسئولية والسعادة وهو ما يؤدى بكل طرف إلى الشعور بالنجاح والرضا والوصول إلى مستوى مناسب من الصحة النفسية .

المنهج الدراسى :

المنهج الدراسى بمعناه الواسع هو ما نيسره للتلاميذ من مقررات دراسية وخبرات تعليمية منظمة ، وأنشطة مناسبة ، لتحقيق الأهداف التعليمية المنشودة من العملية التعليمية .

ويعد المنهج الدراسى من أقوى العوامل والمؤثرات فى الصحة النفسية للتلاميذ ، والتى تؤدى إلى رضاهم عن دراستهم أو عدم رضاهم عنها ، وإلى توافقهم النفسى والدراسى أو سوء هذا التوافق . ويعدُّه بعض الباحثين (مصطفى الشرقاوى ، ١٩٨٣ : ٣٣٦) بمثابة الغذاء الذى يقدم للتلميذ ، يتوقف عليه نموه العقلى والنفسى . فإن كان ناقصاً لا تتكامل فيه العناصر الغذائية اللازمة لنمو التلميذفى مرحلة من مراحل نموه ، أو كان لا يحبه التلميذ ومما لا يتذوقه ، أو كان يقدم إليه قسراً وإكراهاً مهما علت قيمته ، فإنه سيفقد معناه بالنسبة له ويؤثر سلبياً على عقله ونفسه معاً .

وقد ألمحنا فيما سبق إلى بعض الآثار السلبية التى ترتبت على قصر اهتمام التربية التقليدية على مجرد تلقين المعرفة ، ومنها انحسار دور المعلم فى كونه ناقلاً للمعلومات ، ودور التلميذ فى كونه مستقبلاً لها . وفقدان التفاعل بين المعلم والتلميذ والمادة التى يدرسها : فالمناهج الدراسية التى تعنى بالمعرفة وبالتلقين ، ولا تتحدى الطاقات العقلية والاستعدادات المتنوعة للتلاميذ ، أو تعنى بالمادة الدراسية دون ربطها باحتياجات المتعلمين ومتطلبات نموهم ، وبحياتهم ، مثل هذه المناهج تجعل من الامتحانات سيفاً مسلطاً على رقاب التلاميذ ، وتجعلهم نهباً للقلق والإحباط والخوف من الفشل ، وقد تدفع بهم إلى الغش أو السعى للحصول على النجاح بأية طريقة وبأى ثمن ، بل وقد تؤدى بهم إلى ترك الدراسة ، كما تجعل من المدرسة عبئاً ثقيلاً على نفوس التلاميذ ، يقضون فيها وقتهم على مضض ، وربما يغيبون عنها أو يهربون منها لأنهم يكرهونها ، وفى جميع الأحوال تكون النتيجة عدم الرضا عما يدرسونه ، وسوء توافقهم مع المدرسة والدراسة .

لذا فإنه يكون من الاعتبارات الواجب مراعاتها من الوجهة النفسية فى تصميم المناهج الدراسية ، أن تكون تلك المناهج خالية من الحشو والتكرار والإطالة التى غالباً ما تؤدى إلى شعور التلاميذ بالملل والخمول ، وأن تكون ملائمة لمتطلبات نمو التلاميذ . ومن المهم أن تتسم هذه المناهج بالتنوع والثراء ، والتكامل ، فتناسب احتياجات التلاميذ ، وتساعدهم على اكتشاف ذواتهم والوعى أو الاستبصار بما يتمتعون به من استعدادات وإمكانات ، كما تتحدى هذه الاستعدادات والإمكانات العقلية والفنية والأدبية والرياضية والاجتماعية وتعمل على تنميتها واستثمارها . وأن تكفل المناهج للتلاميذ من الأنشطة الفردية والجماعية ومن الخبرات ما يمكنهم من تكوين اتجاهات إيجابية نحو ذواتهم ، ونحو الآخرين ، ونحو المدرسة ، ونحو العمل ، ونحو المجتمع . كما تشجعهم على توليد الأفكار والإبداع أكثر مما تلزمهم بالاتباعية والنمطية ، وتمكنهم من الانفتاح على مصادر التعلم المتجددة ، ومن مهارات التعلم الذاتى والمستمر أكثر مما تلزمهم بكتاب معين أو تقيد نظرتهم للدراسة على أن الغاية منها الحصول على رخصة أو شهادة .

كما يجب أن ترتبط المناهج الدراسية بجوانب الحياة الاجتماعية الحالية والمستقبلية ، فتعالج موضوعات وقضايا متصلة بهذه الحياة بكيفية تنمى وعى التلاميذ عبر مراحل نموهم بتلك القضايا ، وتكسبهم المهارات الأساسية اللازمة لمواجهة مواقف الحياة ومشكلاتها .

شخصية المعلم :

إن شخصية المعلم ومستوى ما يتمتع به من صحة نفسية سليمة من أقوى مصادر التأثير فى تلاميذه ، فهو نموذج يهتدون به ويحتذونه ، وهو البديل عن الوالدين فى الوسط المدرسى . وله أدوار متعددة - سنوضحها فيما بعد - كما أن له نفوذه القوى وسلطاته ، ومن ثم يتقمص بعض التلاميذ شخصيته ويقلدون أنماط سلوكه ، ويتشربون كثيراً من عاداته واتجاهاته وقيمه وأساليبه ويعكسونها فى سلوكهم بطريقة شعورية ولا شعورية .

لذا فإننا لا نجد غرابة إذا ما قلنا أن السعى إلى تحقيق الصحة النفسية السليمة للتلاميذ يستوجب أول ما يستوجب الاهتمام باختيار المعلمين وتهيئة الظروف والعوامل الكفيلة بإعدادهم نفسياً ومهنياً بما يحقق لهم الاستقرار النفسى والمادى والاتزان الانفعالى ، والشعور بالثقة والقيمة الشخصية والاجتماعية ، والإيمان بالعمل ، وذلك حتى يتسنى لهم خلق الجو المدرسى المناسب فى المدرسة لنمو شخصيات سوية متكاملة .

فالمعلم الكفء ذو الشخصية الناضجة ، الراضى عن عمله والمتوافق نفسياً واجتماعيا ومهنياً ، والمقتدر نفسيا أى المتمتع بالصحة النفسية السليمة يعكس هذه الخصائص فى معاملته لتلاميذه ، ويباعد بينهم والانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية ، فهو يضبط فى غير قسوة أو تعذيب ، ويَعْدل دون تمييز أو تفرقة ، وهو ثابت فى معاملته دون تذبذب ، ومتسامح واسع الصدر دون تسيب أو تفريط ، يتفاعل مع تلاميذه لفظيا ويشاركهم وجدانياً ويندمج معهم اجتماعياً فى جو تسوده مشاعر التفهم والثقة والحب والاحترام المتبادل ، ويساعدهم على مواجهة مشكلاتهم ، ويقلل من عوامل الخوف والقلق الذى يعتريهم من الامتحانات ، وينمى لديهم الشعور بالمسئولية والثقة بالنفس ، كما يخلق جواً ملائما للتنافس فيما بينهم ، ويدعم سلوكهم الإيجابى ويعزز تقدمهم ونموهم بمختلف الوسائل ، ويتيح الفرص لتنمية واستثمار طاقاتهم واستعداداتهم الخلاقة فى المجالات المختلفة بما يحقق توازنهم وتكامل شخصياتهم .

أما المعلم العُصابى مضطرب الشخصية الذى يعانى من الخوف والتوتر والقلق والإحباط ومشاعر الفشل والدونية والصراع النفسى والإحباط مما لا يتفق مع الصحة النفسية السليمة ، فإنه يوثر تأثيراً سلبياً على الصحة النفسية لتلاميذه ، لأنه ينقل كل ذلك إلى جو الفصل الدراسى فتنزع معاملته للتلاميذ إلى التذبذب والتناقض والقسوة

وعدم الثبات والاستقرار . ويذكر أحمد عزت راجح (١٩٧٩ : ٦٣٩-٦٤٠) أن المعلم العُصابى ينشر الاضطرابات النفسية بين طلابه كما لو كان مصاباً بالجدرى أو حمى التيفود ، فهو يلجأ إلى التشدد والكبح والتعذيب النفسى والاختلاق تعويضاً عما يشعر به من نقص ، وتخفيفاً عن قلقه وشعوره بالذنب ، وربما يتخذ من علاقته بتلاميذه وسيلة لإشباع حاجاته هو وليس حاجاتهم .

المعلم العصابى متمركز حول ذاته وخبراته المشبعة بالألم والتوتر أكثر مما هو متمركز حول تلاميذه واحتياجاتهم وتوقعاتهم ، وعادة ما يكون عقابه قسوة وانتقام ، وتسامحه تراخى وتهاون ولامبالاة ، وتواصله مع تلاميذه معدوم أو خال من التفاعلات الإيجابية والتعاطف الوجدانى والتلقائية ومشوب بالشك وعدم الثقة والتوجس .

ونظراً لما لشخصية المعلم من أهمية فى تقرير مستوى كفاءته المهنية ونجاحه فى عمله وفى تحقيق الصحة النفسية السليمة لتلاميذه ، فقد أجريت دراسات عديدة عربية وأجنبية بهدف الكشف عن الخصائص المرغوبة اللازمة لشخصيته وتحديدها ، ومن بين الدراسات العربية فى هذا الصدد : رمزية الغريب ١٩٦٠ ، عزيز حنا ١٩٦٥ ، حلمى المليجى ١٣٩٤هـ ، عبد الحميد الهاشمى ١٩٨٠ ، وقد أجريت هذه الدراسات على عينات مختلفة شملت موجهين ومدراء ونظار ومعلمين وطلاب جامعات ، وتلاميذ من الجنسين ومن مراحل تعليمية متفاوته . كما قامت بعض الجامعات ومنها جامعة ليدز (Leads University , 1973) بدراسة العوامل المؤدية إلى فاعلية المدرس وصنفتها إلى ثلاث مجموعات هى :

- مهارات ووسائل مهنية .
- جوانب متعلقة بالمعرفة والفهم فى حقل التدريس .
- صفات شخصية للمعلم تضمنت :

أ - اتجاهاته المهنية : كتحمل المسئولية والاهتمام بالتلاميذ ، والالتزام الأخلاقى ، والحرص على المواعيد ومظهر المعلم .

ب- المرونة و التوافق : كالاتجاهات الموجبة نحو التدريس ، والتحمس والحيوية والشجاعة والشغف بالمعرفة والمرونة والاستعداد الاجتماعى .

جـ- الجدارة بثقة التلاميذ والزملاء والمسئولين .

ويمكننا من خلال نتائج الدراسات سالفة الذكر وغيرها ، استخلاص أهم سمات وخصائص الشخصية اللازمة للمعلم والتى تعينه على أن يكون أكثر كفاءة فى تدريسه ، وأكثر مقدرة على التعامل مع تلاميذه وتحقيقاً لصحتهم النفسية وذلك كما يلى :

أ - الذكاء : ويتضمن الفهم والاستبصار ، والإدراك .

ب - الإبداع : ويشمل الأصالة والتجديد واستحداث الأفكار فى طرق التدريس وأساليبه ، وفى الوسائل التعليمية واستخداماتها ، واستحداث حلول كثيرة وجديدة للمشكلات ، والحساسية للمشكلات فى مجال التدريس ، والمرونة فى مواجهة المواقف ومعالجتها .

جـ - الثبات الانفعالى : ويشمل الاستقرار والنضج الانفعالى ، وضبط النفس والواقعية والاتزان ، وعدم سهولة الاستثارة أو التهيج الانفعالى ، وعدم التقلب من حالة انفعالية إلى أخرى .

د - الدافعية : وتشمل التحمس فى أداء العمل ، والمثابرة ، والطموح ، والعزيمة .

هـ - المشاركة الوجدانية : وتشمل روح المودة والاهتمام بمشكلات الآخرين ، ومراعاة مشاعرهم ، والمساندة والعطف والتعاطف ، وروح المرح والبشاشة ، والتفاؤل والانشراح ، والتسامح ، وسعة الصدر .

و - الجاذبية : وتشمل الاعتناء بالمظهر العام ، والنظافة والأناقة والخلو من الإعاقات المختلفة ، الحالة الصحية العامة .

ز - السيطرة : وتشمل الاكتفاء الذاتى والثقة بالنفس ، والتحكم ، والشجاعة والإقدام .

ح - المهارات والاستعداد الاجتماعى : وتشمل المقدرة على تكوين علاقات إنسانية وعقد الصداقات مع الآخرين ، وعلى الإحساس بمشكلاتهم ، والتفاعل معهم ، واحترامهم ، والمشاركة فى النشاطات الجماعية ، والتعاون ، والتقدير ، والكرم والإيثار ، والتزام آداب اللياقة مع الاخرين .

ط- الموضوعية : وتشمل التزام العدالة وعدم التحيز أو التحامل أو التذبذب فى معاملة التلاميذ ، وتوخى الأمانة والدقة فى الحكم على الأمور ، وإبداء الرأى دون تأثر

بأفكار سابقة ، وتقبل النقد والاستفادة منه .

ى - سعة الأفق والاهتمامات : وتشمل فهم القضايا العامة والاهتمام بالأحداث الجارية ، وتعدد الاهتمامات وتنوعها ، والميل إلى الاستفادة من المعرفة العلمية والثقافية ، والخلو من التعصب ، والإحساس بالآخرين .

ك - التمكن من المادة العلمية وامتلاك المهارات المهنية : وتشمل الإحاطة بالمادة العلمية وبما هو جديد فيها ، والاتقان والبراعة فى التدريس وطريقة التدريس وأسلوبه ، والعناية بإعداد الدروس ، والتشويق فى التدريس ، ومراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ وتقويمهم ومتابعتهم .

ل - القيادية : وتشمل الشجاعة والإقدام والمقدرة على التحكم والضبط ، والتأثير فى الاخرين ، والمقدرة على تحمل المسئولية واتخاذ القرارات ، والمقدرة على توظيف طاقات التلاميذ وحسن استثمارها ، والتخطيط والتقويم .

م - الديمقراطية : وتشمل احترام شخصيات التلاميذ وآرائهم وعدم إصدار الأوامر دون مناقشة أو شورى ، الامتثال لرأى الأغلبية .

ن - الالتزام بالأخلاقيات المهنية : وتشمل احترام اللوائح والقوانين المنظمة للعمل المدرسى ، والإخلاص والأمانة فى العمل ، والمواظبة على الحضور وقلة التغيب عن العمل ، والمحافظة على المواعيد ، وتحمل المسئولية ، والتعاون فى مجال العمل .

التوافق المهنى للمعلم :

من المظاهر الأساسية الدالة على الصحة النفسية السليمة للمعلم مدى توافقه والتلاؤم بينه من جانب ، ومهنته بمكوناتها وعناصرها المهارية والبشرية الاجتماعية ، وبما تستلزمه من مطالب العمل وواجباته من جانب آخر . فالمعلم المتوافق مهنياً أكثر رضاً عن عمله ، وأكثر انتاجية وحماساً واستغراقا فيه ، وأكثر مشاركة فى النشاطات المدرسية ، كما أنه أكثر تفاعلاً مع رؤسائه وزملائه وتلاميذه .. لذا فهو يؤثر إيجابياً على مستوى تحصيل تلاميذه وتوافقهم الدراسى .

ويمكن تصنيف العوامل المؤثرة على درجة التوافق المهنى للمعلم فى مجموعتين هما :

١) عوامل شخصية .   ٢) عوامل مهنية .

اولاً : العوامل الشخصية : وتتعلق بالمعلم ذاته ومنها :

أ - حالته الصحية ومدى خلوه من الإصابة بالأمراض ومنها أمراض القلب وضعف الابصار أو السمع وغيرها مما يؤدى إلى الشعور بالتعب والإجهاد والنقص وعدم الكفاءة الجسمية .

ب- التكوين النفسى للمعلم ومدى خلوه من الاضطرابات الانفعالية والنفسية وما تنطوى عليه من مخاوف وصراعات وقلق ووساوس وشك ، وتمركز حول الذات وتقلب ، مما يؤثر على علاقاته بزملائه وتلاميذه ، ويؤثر على مستوى انتاجيته .

جـ- المشكلات الأسرية والاجتماعية : وتؤدى كثرتها وصعوبتها إلى تبديد طاقة المعلم وانشغاله وتغيبه عن العمل مما يعوق توافقه المهنى ، وقد يصل الأمر إلى أن يجد من تلاميذه مجالاً للتعويض عما يعانيه من حرمان ونقص ، ولتحويل متاعبه ومشاعره العدائية والغضبية وإزاحتها من موضوعاتها الأصلية وإفراغها فيهم .

د- الاستعدادات المهنية للعمل بالتدريس ، وانخفاض مستوى كفاءة المعلم المهنية مما يجعله عرضه للشعور بعدم الكفاءة والتعاسة والتذمر ،وتبرير فشله بأسباب غير موضوعية ، وإسقاط ضعفه وعدم تمكنه العلمى والمهنى على الآخرين .

ثانياً : العوامل المهنية : وتعلق ببيئة العمل المدرسى ومهنة التدريس ذاتها ، ومن بينها :

أ - البيئة المادية المدرسية : وما تشتمل عليه من مبان وتجهيزات وأثاث وأجهزة تعليمية ، وعوامل فيزيقية كالتهوية والإضاءة وغيرها مما يعين على تكوين اتجاهات إيجابية نحو العمل بالتدريس ، ويشجع المعلم على قضاء وقت مثمر وممتع بالمدرسة .

ب- طبيعة التفاعل والعلاقات داخل المدرسة : فالمعلم الذى يعمل فى مدرسة تسودها علاقات قائمة على المحبة والثقة والاحترام مع كل من رؤسائه وزملائه وتلاميذه ،

ومبنية على التعاون والإيثار والتسامح والروح الجماعية فى الأداء غالباً ما يكون أكثر توافقاً مع مهنته من معلم آخر يعمل فى بيئة مدرسية يسودها التسيب والإهمال ، والتناقض والحساسيات والشك ، وتبادل الاتهامات والاعتمادية وعدم الاكتراث .

جـ- مدى ما تحققه المهنة للمعلم من شعور بالأمن النفسى الاقتصادى ، ومن إشباع معنوى ، وفرص للنمو الوظيفى ومكانة اجتماعية . وقد يستلزم الأمر اتخاذ الطرق الكفيلة بتغيير الاتجاهات الاجتماعية إزاء مكانة المعلم ومهنة التدريس بحيث تتفق هذه الاتجاهات مع جلال هذه المهنة وخطرها بالنسبة لحياة المجتمع ومستقبله ، والعمل على زيادة عوامل الجذب نحو مهنة التدريس بتحسين المرتبات ، وظروف العمل وبحيث لا يعمينا الإقبال الكاذب على كليات التربية - ربما بسبب الدروس الخصوصية - عن إصلاح المستوى المادى للمعلم وتحسين أوضاعه المهنية حتى يتسنى له الوفاء بمستلزمات حياته اليومية والاجتماعية ، ويتوجه بكامل طاقته للإتقان والتجويد فى الأداء المهنى .

أدوار المعلم وواجباته :

من غير الصواب أن تنحصر فكرتنا عن وظائف المعلم فى مجرد كونه ناقل للمعلومات أو وسيط لتوصيل المعرفة ، وقصر دوره على مجرد إعداد الدروس وشرحها وتحديد الواجبات المنزلية وإعداد الاختبارات التحصيلية للتلاميذ ، وتقديم التقارير الدورية اللازمة عنهم . وذلك أن توجهات العملية التربوية والتعلمية وغاياتها لم تعد محصورة فقط فى الاهتمام بالجانب المعرفى المعلوماتى ، وإنما اتسعت وامتدت لتستهدف تكوين وبناء الشخصية المتكاملة للنشء بجوانبها العقلية والوجدانية والاجتماعية ، وإعداد الأفراد ليس فقط لمجالات العمل ، وإنما لمواجهة الحياة اليومية المتغيرة ، والمشاركة الفعالة فى مواقفها والتصدى لمشكلاتها . وهذا لن يتسنى إلا بتهيئة الخبرات التى تمكن النشء من استخدام طاقاتهم واستعداداتهم المتنوعة واستثمارها ، ومواجهة احتياجاتهم المتعددة من خلال البرامج التعليمية والتوجيهية والإرشادية ، والنشاطات الاجتماعية والعقلية والفنية والرياضية الفردية والجماعية .

يلعب المعلم تبعاً لذلك أدواراً متعددة متداخلة فيما بينها في الوسط المدرسي ، وتتعدد من تلك الأدوار الواجبات التي يتعين عليه القيام بها وفقاً لمعايير كل دور ، وقد أوضح فؤاد أبو حطب (١٣٩٤هـ) أن الأدوار المشتركة بين معظم المعلمين والمواقف التعليمية هي :

(١) دور الخبير في فن التدريس .

(٢) دور ممثل قيم المجتمع والمهتم بنقل هذه القيم .

(٣) دور خبير المادة الدراسة .

(٤) دور الخبير في العلاقات الإنسانية .

(٥) دور العامل في حقل النشاط المدرسي والمهتم بمشكلات التلاميذ .

(٦) دور قناة الاتصال بالمجتمع والجمهور .

(٧) دور المسئول عن النظام وممثل السلطة .

(٨) دور المتعلم والدارس .

(٩) دور القائم بالأعمال المكتبية .

المعلم كمرشد نفسي تربوي :

لعل من أهم الأدوار التي يلعبها المعلم ولها ارتباط وثيق بمساعدته تلاميذه على تحقيق الصحة النفسية السليمة ، دوره كمرشد نفسي تربوي إلى جانب دوره كخبير في مادته الدراسية وفي فن التدريس . وهو ما دفع ببعض المشتغلين بالصحة النفسية إلى المناداة بتطبيق فكرة المدرس - المرشد ، ومضمون هذه الفكرة أن يقوم المعلم بدور مزدوج يتمثل في التدريس والإرشاد النفسي والتربوي للتلاميذ .

يلمح حامد زهران (١٩٩٧) إلى أن هذا الدور يحتمه أمران هما التربية التقدمية وما تتطلبه ، ونقص عدد المرشدين النفسيين المتخصصين في المدارس كما ينوه بأن المدرس المرشد هو قبل كل شيء معلم مادة ، وليس مرشداً متفرغاً ، فهو يقوم بالتدريس وفي الوقت ذاته يقوم ببعض عمليات الإرشاد النفسي ليس فقط في حالة غيبة المرشد النفسي ،

وإنما أيضاً من قبيل التعاون معه فى فريق الإرشاد . على أن يكون ذلك فى حدود معينة لا يجب أن يتخطاها وبحيث يحيل الحالات التى تستلزم تدخلاً علاجياً تخصصياً إلى أهل الاختصاص .

ومن بين العوامل التى تحتم قيام المعلم بدور المدرس - المرشد زيادة الإقبال على التعليم وازدحام المدارس بالتلاميذ ، وما ترتب على ذلك من مشكلات زيادة كثافة الفصول الدراسية ، وقلة فرص الاتصال والاحتكاك المباشر بين التلاميذ والمعلمين . هذا بالإضافة إلى ضغوط الامتحانات وما يصاحبها من رهبة وقلق وتوتر ، وما يشيع فى هذا الحشد من التلاميذ من مشكلات تحصيلية وانفعالية وسلوكية تستلزم المواجهة والعلاج ، وما يحيط بهم من تغيرات اجتماعية متلاحقة ، وانفتاح على الثقافات الأخرى ، وتطور هائل فى وسائل الاتصال وتدفق المعلومات .

ويتطلب قيام المعلم بدوره التدريسى - الإرشادى المزدوج ضرورة تأهيله للعب هذا الدور على أكمل وجه ، ومن ثم يجب أن يكتسب المقومات المعرفية لممارسة العملية الإرشادية ، وأن تتاح له فرص التدريب على المهارات اللازمة لذلك إلى جانب مادة تخصصه فى آن واحد . كما يجب تهيئة الظروف المواتية داخل المدرسة بما يساعده على القيام بهذا الدور ، ومنها تخفيف الأعباء التدريسية والإدارية المسندة إليه مقابل إرشاد التلاميذ فى أوقات محددة وطبقاً لنظام محدد ، وأن تكون مهمة الإرشاد النفسى والتربوى ضمن معايير تقويمه والحكم عليه من قبل الموجهين والقائمين على أمر الاشراف على سير العملية التعليمية .

وقد أوضح سيد عبد الحميد مرسى (١٣٩٤هـ) أهم معالم دور المعلم كموجه ومرشد نفسى وتربوى ، ويمكن تلخيصها فيما يلى :

(١) يتقبل التلاميذ ويعمل لمصلحتهم ويهيىء جواً ودياً فى قاعة الدرس .

(٢) يطبق مبادىء الصحة النفسية فى جميع جوانب عملية التعلم .

(٣) يلاحظ ويتعرف على أعراض الأمراض الجسمية وجوانب القصور الحاسية لدى التلاميذ ويوجه إلى علاجها .

(٤) يساند برامج النشاط المدرسى ويشجع تلاميذه على المشاركة فيها .

(٥) يتشاور مع المرشد النفسي والإخصائي الاجتماعي بخصوص مشكلات الغياب والتأخر الدراسي والظروف الأسرية للتلاميذ المرتبطة بتلك المشكلات .

(٦) يتعرف على التلاميذ الذين يحتاجون إلى خدمات تعليمية وتربوية خاصة ، ويقدم لهم مساعدته متعاوناً مع زملائه من الإخصائيين .

(٧) يعمل على تحليل الحاجات الفيزيقية والانفعالية والاجتماعية والتربوية للطلاب .

(٨) يساعد الآباء وأولياء الأمور على تنمية فهمهم وإدراكهم لحاجات أبنائهم التلاميذ .

(٩) يمارس خدمات التوجيه الجمعي في نواحي مهارات الدراسة والاستذكار والتوافق الاجتماعي ، وبعض أنواع المعلومات المهنية وأنشطة التقويم الذاتي .

(١٠) يشارك في جماعات النشاطات المدرسية وريادتها بما يساعد على تنمية الفهم والاستبصار لسلوكه الشخصي وسلوك تلاميذه .

(١١) يقدم الخطط التربوية لكل تلميذ وأهدافه المهنية بالتعاون مع المرشد المهني (في المدرسة الثانوية خاصة) .

(١٢) يحتفظ بسجلات عن التلاميذ تتضمن درجاتهم ، ونواحي قصورهم والموضوعات التي تساعد على استيفاء البطاقة المجمعة .

(١٣) يساعد التلاميذ في الكشف عن إمكاناتهم ، ونواحي قصورهم ، وعلى الإفادة من خدمات الإرشاد النفسي .

(١٤) يسهم في نشاط وقت فراغ التلاميذ وتنمية هواياتهم ، كما يسهم في غرس القيم الدينية والاخلاقية لديهم .

نموذج إطار للخدمات النفسية المدرسية اللازمة لرعاية المتفوقين عقلياً

قدم عبد المطلب القريطي (١٩٨٩) في نهاية دراسته عن المتفوقين عقلياً ومشكلاتهم في البيئتين الأسرية والمدرسية ، ودور الخدمات النفسية في رعايتهم ، إطاراً عاماً للخدمات النفسية المدرسية في مجال رعاية المتفوقين عقلياً .

ويحسن قبل طرح معالم هذا الإطار توضيح المقصود بكل من مفهومى : المتفوقين عقلياً ، والخدمات النفسية المدرسية .

١ - المتفوقون عقلياً :

يُعرَّف المتفوق عقلياً بأنه من وصل فى أدائه إلى مستوى أعلى من مستوى العاديين فى مجال من المجالات التى تعبر عن المستوى العقلى الوظيفى للفرد ، بحيث يكون ذلك المجال موضعاً لتقدير الجماعة التى ينتمى إليها . كما يُعرَّف الطفل المتفوق عقلياً بأنه من لديه استعدادات عقلية قد تمكنه فى المستقبل من الوصول إلى مستويات أداء مرتفعة فى مجال معين من المجالات التى تقدرها الجماعة إن توافرت له ظروفاً مناسبة . (عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٧٧) .

وقد تعددت المنبئات أو المؤشرات التى تواردت فى كتابات الباحثين عن " الموهوبية " أو التفوق العقلى ، وكذلك عن مجالات التفوق . ومنها واحد أو أكثر مما يلى :

- معامل ذكاء مرتفع يبدأ من ١٢٠ أو ١٤٠ فأكثر باستخدام أحد الاختبارات الفردية . أو يضع الطفل ضمن أفضل ١٪ من مجموعته .
- مستوى تحصيل مرتفع يضع الطفل ضمن أفضل من ٣:١٥٪ من مجموعته .
- استعدادات عقلية مرتفعة من حيث التفكير الإبداعى .
- استعدادات عقلية مرتفعة من حيث التفكير التقويمى .
- استعدادات مرتفعة من حيث القيادة الاجتماعية .
- مستوى عالى من الاستعدادات العقلية الخاصة فى مجالات الفنون التشكيلية أو الآداب أو العلوم أو الرياضة أو اللغات .
- مستوى مرتفع من حيث المهارة الأكاديمية .

٢ - الخدمات النفسية المدرسية :

هى مجموعة المساعدات التى يقدمها الإخصائى النفسى المدرسى - أو من فى حكمه - بهدف مساعدة الأطفال المتفوقين عقلياً على اكتشاف استعداداتهم والوعى بها ،

والعمل على تنميتها ، وعلى فهم مشكلاتهم واتخاذ القرارات المناسبة اللازمة لحلها ، وتهيئة الظروف المناسبة التى تمكنهم من تحقيق التوافق الشخصى والمدرسى والاجتماعى .

وتختلف هذه الخدمات فى جوهرها عن الخدمات التعليمية - التى تتمثل فى تطوير التجهيزات والبرامج والأساليب التعليمية المشبعة للحاجات التعليمية خاصة بالمتفوقين عقلياً - وإن كانت تتكامل معها ولا تعمل بمعزل عنها .

المشكلة : يمتلك التلميذ المتفوق عقلياً استعدادات عقلية ووجدانية واجتماعية وجسمية مختلفة وربما واجهته بعض المشكلات والمعوقات الأسرية والمدرسية التى تهدد أمنه النفسى وتولد لديه الإحباط والتوتر والصراع ، وربما أفقدته الحماس والثقة ، ومن ثم تعرض استعداداته للذبول والتدهور ، وربما تفضى به إلى الجنوح والانحراف ، ومن أمثلة تلك الصعوبات والمشكلات :

فى مجال البيئة الأسرية :

- الأساليب الوالدية اللاسوية فى التنشئة .
- الاتجاهات الوالدية نحو مظاهر التفوق العقلى وما يشوبها من سوء فهم ، أو تعصب وتحيز لمجال معين دون غيره من مجالات التفوق .
- افتقار البيئة المنزلية للأدوات والوسائل اللازمة لتنمية استعدادات الطفل ومواهبه .
- إغفال الحاجات النفسية للطفل .

فى مجال البيئة المدرسية :

- عدم ملاءمة المناهج الدراسية والأساليب التعليمية .
- قصور فهم المعلمين للطفل المتفوق وحاجاته .
- استخدام محكات غير مناسبة وغير كافية للكشف عن مظاهر التفوق .

وتستوجب هذه المشكلات توفير الرعاية النفسية التوجيهية والإرشادية الإنمائية والوقائية والعلاجية لمواجهتها ، ولمواجهة ما يترتب عليها من مشكلات أخرى للطفل .

الأهداف الرئيسة العامة للخدمات النفسية للمتفوقين عقلياً :

(١) الكشف عن استعدادات الطفل وتفهم خبراته وحاجاته ومتطلبات نموه .

(٢) تشخيص المشكلات التوافقية والاضطرابات الانفعالية التي قد يعانيها الطفل ومعرفة أسبابها والعمل على إزالتها .

(٣) تأمين الصحة النفسية للطفل ومساعدته على التوافق الشخصي والمدرسي والاجتماعي .

(٤) إتاحة الفرص المناسبة لتنمية استعدادات الطفل وفق المستوى الذى تؤهله إليه إمكاناته .

(٥) إحداث التغيرات اللازمة فى البيئة المدرسية والمنزلية لإشباع حاجات الطفل ولتحقيق نموه المتكامل .

(٦) تقديم الخدمات الوقائية للمحافظة على استعدادات الطفل .

والإطار العام الحالى للخدمات النفسية ربما يساعد المعلم والإخصائى النفسى على تحقيق هذه الاهداف بالنسبة للمتفوقين ككل وليس لحالة بعينها حيث تنقسم تلك الخدمات - من وجهة نظرنا - إلى الخدمات التالية :

أ - خدمات الفرز والتقييم الشامل .

ب- خدمات توفير البيانات والمعلومات .

جـ- خدمات توجيهية وإرشادية .

وفيما يلى عرض لهذه الخدمات :

خدمات الفرز الأولى والتقييم الشامل Screening & Assesment :

إن الكشف عن الاستعدادات المختلفة للتفوق العقلى من حيث النواحى العقلية المعرفية والنفسحركية والاجتماعية واللغوية والفنية والموسيقية وغيرها ، وتحديد المدخلات السلوكية للمتفوقين باستخدام الوسائل والأدوات العلمية المناسبة المقننة يعد الأساس المبدئى لتحديد متطلباتهم التعليمية ومن ثم وضع البرامج التربوية الملائمة لخصائصهم

والمحققة لهذه المتطلبات ، كما أن له أهميته الفائقة فى تصنيفهم لأغراض التسكين Placement والدراسة أو بحث مشكلاتهم . ويستلزم إنجاز هذا النوع من الخدمات بالصورة المرجوة ضرورة توفير بطارية متكاملة من الاختبارات والمقاييس اللازمة لتشخيص مظاهر التفوق أو الموهبة لدى الأطفال ، بالإضافة إلى الاستمرار فى تقييم ومتابعة استعداداتهم طوال مراحل دراستهم للوقوف بين وقت وآخر على مدى فاعلية الخبرات التعليمية التى يتعرضون لها ومدى كفايتها بالنسبة لنموهم .

وتستخدم لأغراض الفرز والتقييم وسائل وأدوات كثيرة تختلف من حيث طبيعتها ، ومظهر التفوق الذى تقيسه ، ونظرتنا إلى التفوق ، ومن بين هذه الأدوات ما يلى :

١- اختبارات الذكاء العام اللفظية والأدائية .

٢- اختبارات التفكير الإبداعى والإبداع العام : ومن بينها اختبارات جيلفورد للمقدرة على التفكير " الإبتكارى " إعداد عبد السلام عبد الغفار (١٩٦٥) ، واختبارات تورانس للتفكير " الإبتكارى " إعداد عبد الله سليمان وفؤاد أبو حطب (١٩٧٣) ، واختبارات تورانس للتفكير " الإبتكارى " عند الأطفال باستخدام الحركات والأفعال إعداد محمد ثابت على الدين (١٩٨٢) ، واختبارات وليمز للقدرات والمشاعر " الإبتكارية " تقنين أحمد إبراهيم قنديل ، واختبار ميدنيك للارتباطات البعيدة R . A . T .

٣ - اختبارات التفكير الإبداعى والإبداع الخاص (فى محتوى معين علمى أو فنى أو أدبى ... إلخ) كمقياس تقدير الإبداع التشكيلى إعداد عبد المطلب القريطى (١٩٨١) .

٤ - اختبارات الاستعدادات الخاصة (العددية والفنية والميكانيكية والموسيقية والأدبية .. إلخ) .

٥ - الاختبارات التحصيلية المقننة .

٦ - مقاييس التقدير سواء للنواتج الإبداعية (لوحات فنية ، قصائد ، معزوفات ، قصص ، مقالات نقدية ... إلخ) أم للسمات والخصائص المزاجية الدافعية للتفكير الإبداعى والإبداع (كالإقدام والمخاطرة ، الاكتفاء الذاتى والاستقلالية ، الإدراك

الحدسى ، تفضيل التعقيد ، الانفتاح على الخبرة ، تحمل الغموض ، التحرر والتلقائية والميل للتجريب ... إلخ) .

٧ - السير الذاتية وتواريخ الحياة .

٨ - تقارير المعلمين وأحكامهم .

٩- أحكام الثقاة .

١٠ - تقارير الوالدين والأقران .

خدمات توفير البيانات والمعلومات :

إن التخطيط للرعاية النفسية والدراسة والخدمات الأخرى بالنسبة للمتفوقين وتقويمها يجب أن يبنى على أساس قاعدة من البيانات الوافية والدقيقة فيما يتعلق بالنواحى الشخصية والنفسية والتعليمية والاقتصادية والاجتماعية لهم ، على أن يراعى تعدد مصادر الحصول على هذه المعلومات سواء من الطفل ذاته أو من والديه أو اقرانه أو معلميه ، وباستخدام طرائق متعددة : كالوثائق الرسمية ، والمقابلات الشخصية ، ودراسة الحالة والاستبيانات وغيرها .

الخدمات التوجيهية والإرشادية Guidance & Counseling :

تنادى الاتجاهات الحديثة فى البرامج التربوية والمناهج الدراسية عموماً بضرورة تضمينها خططاً وبرامج إرشادية لا تتجزأ عنها ، وذلك لمساعدة التلاميذ على فهم أنفسهم والتغلب على مشكلاتهم الدراسية والانفعالية ، واكتشاف إمكاناتهم واستثمارها ، والوصول إلى تحقيق أهدافهم وتوافقهم النفسى عموماً داخل المدرسة وخارجها .

وينبغى أن تُبنى الاستراتيجية العامة للخدمات التوجيهية والإرشادية فى مجال رعاية المتفوقين خاصة ، على أساس استقصاء الظروف والمتغيرات ذات الصلة بنموهم فى بيئتهم الأسرية والمدرسية ، بالإضافة إلى الحالة الراهنة للطفل ذاته ، لتحديد حاجات كل من الأسرة والمدرسة والطفل من برامج التوجيه والإرشاد .

وفى ضوء ما تقدم عرضه من مشكلات وصعوبات فإن القائمين على أمر الإرشاد النفسى يجب أن يركزوا على إنجاز المهام الأساسية التالية :

أ- فى مجال البيئة الأسرية :

(١) تبصير الأسرة باستعدادات الطفل وحاجاته ومشكلاته ومتطلبات نموه .

(٢) تنمية إحساسات أفرادها بالآثار السلبية والإيجابية لسلوكهم وأساليب معاملتهم على شخصية الطفل .

(٣) إرشاد الأسرة لأساليب معاملة الطفل وملاحظة نشاطاته ، ومتابعة اهتماماته داخل المنزل .

(٤) تعديل اتجاهات أفرادها نحو الطفل بما يعزز شعوره بالكفاءة والثقة والأمن والطمأنينة .

(٥) العمل على توثيق اتصال الأسرة بالمدرسة ، لمتابعة إنجازات الطفل وتقدمه داخل الصف الدراسى ، وما قد يعترضه من مشكلات .

ب- فى مجال البيئة المدرسية :

(١) معاونة المعلمين فى الكشف عن المتفوقين عقلياً من التلاميذ ، وفى تطوير الوسائل التى يعتمدون عليها فى هذا الصدد فى مجالات تخصصهم .

(٢) المشاركة فى تخطيط البرامج والأنشطة المدرسية . بحيث تقابل الاستعدادات المتنوعة للتلاميذ ، والمشاركة فى تقويمها والعمل على زيادة فاعليتها لتحقيق أفضل عائد ممكن منها .

(٣) تقديم المشورة فيما يتعلق بتوزيع التلاميذ المتفوقين على فصول المدرسة .

(٤) تزويد المعلمين بالمعلومات اللازمة لتطوير مفاهيمهم ، وأساليب تعاملهم مع الطفل المتفوق وتدريسهم له .

(٥) تنظيم لقاءات إرشادية للمعلمين لتبادل الآراء ، وبحث المشكلات الناجمة عن سوء تكيف التلاميذ عموماً والمتفوقين خاصة مع الأوضاع المدرسية .

(٦) اقتراح ما يلزم لتحسين الجو المدرسى عموماً والعملية التربوية خصوصاً بما يشبع الحاجات الخاصة للأطفال المتفوقين والموهوبين .

جـ- بالنسبة للطفل المتفوق ذاته :

(١) الكشف عن استعدادات الطفل وتحديد مستواه الأدائى فى مجال موهبته و دراسته عموماً .

(٢) مساعدة الطفل على فهم حقيقة نفسه ، وإدراك جوانب تفوقه وامتيازه والوعى بها ، وإنماء مفهوم واقعى عن ذاته .

(٣) مساعدة الطفل على فهم حاجاته النفسية والمعرفية والاجتماعية فى إطار الظروف المحيطة .

(٤) تنمية قدرات الطفل على توجيه الذات وتحقيقها ، وعلى مواجهة المشكلات وحلها .

(٥) توجيه الطفل إلى النشاطات التى توافق حاجاته واستعداداته ، ومساعدته على وضع أهداف يمكن تحقيقها .

(٦) تعزيز علاقات الطفل وتفاعلاته مع الآخرين .

(٧) مساعدة الطفل على تنظيم أوقات استذكاره ، وفراغه ، وعلى حسن استثمار الوقت بالكيفية التى تحقق نمو استعداداته .

(٨) تزويد الطفل بمعلومات مهنية ومهارات تربوية تمكنه من التعرف على المصادر والمجالات الدراسية والمهنية المتاحة ، وتوسيع مداركه عنها ، كما تمكنه من التعلم الذاتى والمستمر واستغلال جميع مصادر التعلم الممكنة لتنمية استعداداته .

كما أن التوصيات العامة التالية ربما تسهم فى تدعيم الخدمات النفسية فى مجال رعاية الأطفال المتفوقين عقلياً فى مدارس العاديين :

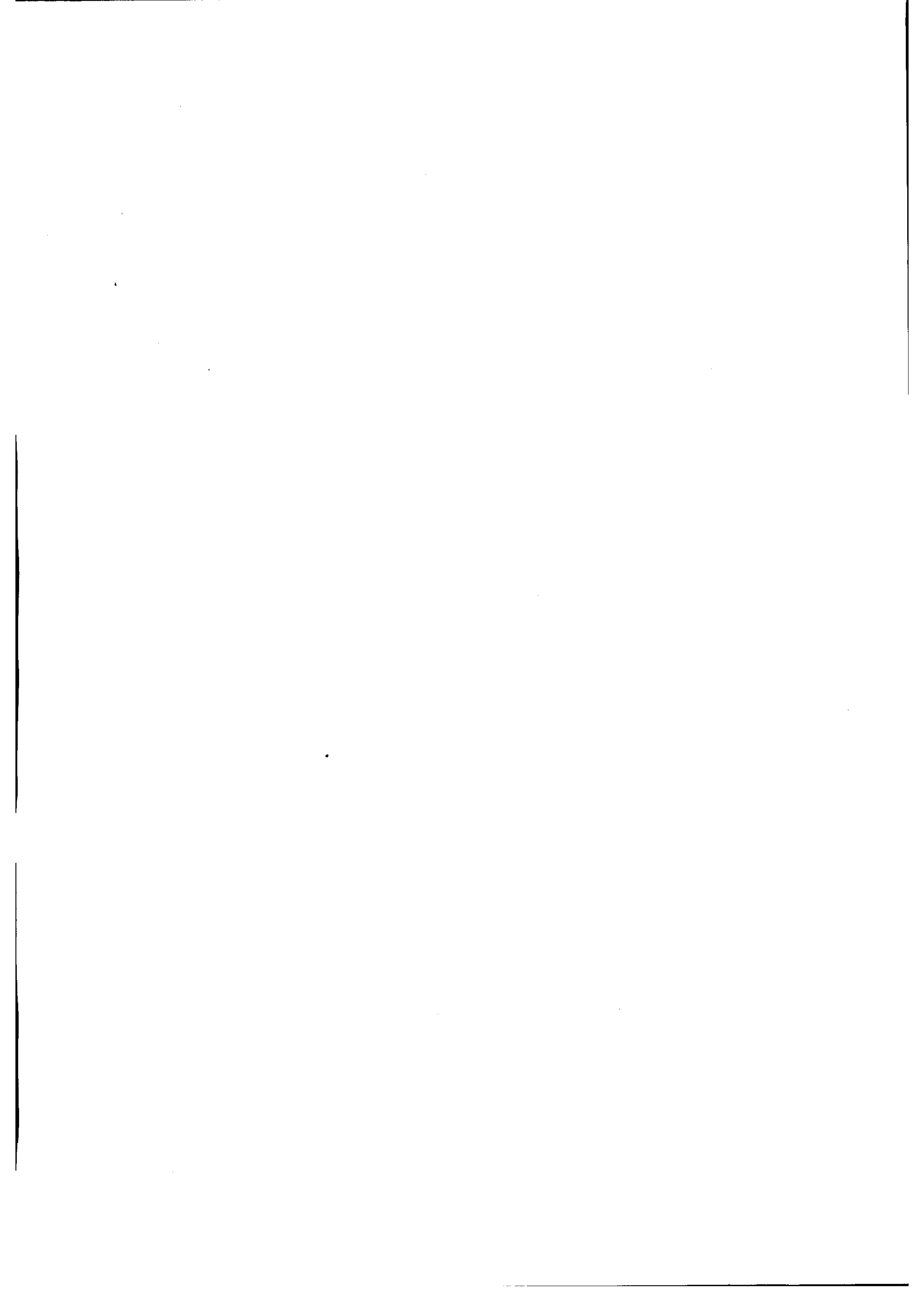
(١) إعداد إخصائيين نفسيين للعمل بالمدارس أو على مستوى القطاعات والمناطق التعليمية لتولى دراسة المشكلات الدراسية والنفسية للتلاميذ عموماً والمتفوقين منهم خاصة ، ومساعدتهم على استخدام مقدراتهم والفرص والإمكانات المتاحة أمامهم بكفاية ، وعلى التوافق الدراسى والشخصى والاجتماعى .

(٢) تزويد طلاب كلية التربية ومعاهد إعداد المعلمين أثناء دراستهم بالمعلومات والمهارات التى تمكنهم من القيام بدور المدرس - المرشد Teacher - Counsellor وأداء بعض

المهام الإرشادية النفسية الإنمائية والوقائية البسيطة للمتفوقين عقلياً .

(٣) تدريب طلاب كليات التربية ومعاهد إعداد المعلمين أثناء دراستهم على أساليب الكشف عن استعدادات المتفوقين عقلياً ، وطرائق تعليمهم وتوجيههم ، واستحداث بعض المقررات الدراسية والتطبيقات العملية اللازمة لتحقيق هذه الأغراض .

(٤) وضع خطة لإنشاء وتقنين " بطارية " اختبارات لقياس الاستعدادات المتنوعة للمتفوقين عقلياً والموهوبين تتعاون في إنجازها أقسام الدراسات النفسية بالجامعات والجهات المعنية بالتربية والتعليم ، وأهل الاختصاص في مجالات التفوق العقلي والمواهب المختلفة . (عبد المطلب القريطي ، ١٩٨٩) .



مراجع الكتاب

أولاً : مراجع باللغة العربية :

القرآن الكريم .

١ - آمال محمد فهمى بعض المتغيرات الأسرية وعلاقتها بالإدمان لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية . بحث ماجستير غير منشور ، كلية التربية ، جامعة حلوان . ١٩٩٤ .

٢ - إبراهيم على إبراهيم " أثر التفكك الأسرى فى اكتئاب الأبناء - دراسة امبيريقية اكلينيكية . " مجلة البحث فى التربية وعلم النفس (ع . رابع ، م . ثمان) كلية التربية ، جامعة المنيا . إبريل ١٩٨٩ . ص ١٥٧ - ٩٠ .

٣ - أحمد عبد الخالق أصول الصحة النفسية . الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية . ١٩٩١.

٤ - أحمد عبد الخالق ومايسة النيال " الفروق فى قلق الامتحان بين طلاب الجامعة فى السنتين الأولى والأخيرة " مؤتمر التعليم العالى فى الوطن العربى آفاق مستقبلية (م.٢) رابطة التربية الحديثة . القاهرة . ٨-١٠ يوليو ١٩٩٠ . ص : ٤٥٩-٤٨٠.

٥ - أحمد عزت راجح أصول علم النفس . (ط.١٢) القاهرة : دار المعارف ، ١٩٧٩ .

٦ - أحمد عكاشة الطب النفسى المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٩٢.

٧ - أحمد فائق مدخل إلى علم النفس . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية . ١٩٦٦ .

٨ - أسامة كامل راتب علم نفس الرياضة . القاهرة : دار الفكر العربى . ١٩٩٥ .

٩ - السيد أبو شعيشع أسس علم النفس الفزيولوجى . القاهرة : توزيع مكتبة النهضة المصرية . ١٩٩٣ .

١٠- السيد أبو شعيشع " الفروق بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة (الديسلكسيا) والأطفال العاديين على بعض المتغيرات المعرفية . " في : بحوث ودراسات في التربية الخاصة (المجموعة الثالثة) المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة . وزارة التربية والتعليم . أكتوبر ١٩٩٥ . ص : ١١٧-١٣٢ .

١١- السيد عبد العزيز البهواشي "دور الأسرة في تربية طفل ما قبل المدرسة - دراسة مقارنة بين مصر واليابان . " بحوث المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري . (م . أول) مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس . القاهرة . ١٩٩٢ . ص : ٢٤٩-٦٦.

١٢- السيد محمد خيري وآخرون علم النفس التربوي ، أصوله وتطبيقاته . الرياض : مطبوعات جامعة الرياض . ١٩٧٣ .

١٣- أميرة عبد العزيز الديب " أساليب الثواب والعقاب في ضوء الإسلام والاتجاهات المعاصرة وأثرها على السلوك العدواني لطفل الروضة " بحوث المؤتمر الدولي للطفولة في الإسلام (م . ثان) جامعة الأزهر ، القاهرة ١٩٩٠ . ص : ٨٠٣-٢٦ .

١٤- أنا ستازي وجون فولي سيكولوجية الفروق الفردية بين الأفراد والجماعات (ج . أول . ترجمة مصطفى سويف ، إشراف : السيد محمد خيري) القاهرة : الشركة العربية للطباعة والنشر . (ب . ت) .

١٥- أوتوفينخل نظرية التحليل النفسي في العصاب . (جزءان ، ترجمة : صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق) القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٦٩ .

١٦- إيمان السيد إبراهيم " مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال الذكور وعلاقتها بعمل الأم ." بحث ماجستير غير منشور ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس . القاهرة . ١٩٩٠ .

١٧- إيمان فؤاد الكاشف "دراسة مقارنة لبعض المشكلات المرتبطة بالتأخر الدراسي في البيئة المصرية والسعودية" مجلة كلية التربية بالزقازيق (ع . ٢١ ، ج . أول) ، جامعة الزقازيق ، ١٩٩٤ . ص : ٣٨٣-٤٢٣ .

١٨- إيمان محمد صبرى   الإدمان لدى الشباب - دراسة نفسية اجتماعية . بحث ماجستير غير منشور . كلية البنات بجامعة عين شمس ، القاهرة . ١٩٩٠ .

١٩- إيناس عبد الفتاح أحمد سالم   دراسة نفسية فى اضطرابات النطق والكلام . بحث دكتوراه غير منشور . كلية الآداب . جامعة عين شمس . ١٩٨٨ .

٢٠- باترسون ، س . هـ .   نظريات الإرشاد والعلاج النفسى (قسم ثان ، ترجمة : حامد عبد العزيز الفقى) الكويت : دار القلم . ١٩٩٠ .

٢١- بدرية كمال أحمد   ظاهرة اللجلجة فى ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية . بحث دكتوراه غير منشور . كلية البنات للآداب والعلوم والتربية . جامعة عين شمس . ١٩٨٥ .

٢٢- جابر عبد الحميد جابر   مدخل لدراسة السلوك الإنسانى (ط . رابعة) القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٨٦ .

٢٣ - جامعة الدول العربية   ميثاق حقوق الطفل العربى . الأمانة العامة ، إدارة التنمية الاجتماعية والثقافية ، الدورة الثالثة لمجلس وزراء الشئون الاجتماعية العرب . تونس ، ٨-١٠ ديسمبر ١٩٨٢ .

٢٤ - جورارد   الشخصية بين الصحة والمرض (ترجمة : حسن الفقى وسيد خير الله) القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية . ١٩٧٣ .

٢٥- چوزيت عبد الله   "دراسة السلوك التوافقى لدى عينة من أطفال ما قبل المدرسة كدالة على حجم الأسرة ، جنس الأطفال ، ومستواهم الاجتماعى والاقتصادى . " بحوث المؤتمر السنوى السادس للطفل المصرى . مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس . القاهرة ، ١٩٩٣ . ص : ٣٢٩-٤٨ .

٢٦- چون كونجر وآخرون   سيكولوچية الطفولة والشخصية (ترجمة : أحمد عبد العزيز سلامة وجابر عبد الحميد) القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٨٧ .

٢٧- حامد زهران علم نفس النمو " الطفولة والمراهقة " (ط . ثانية) القاهرة : عالم الكتب ، ١٩٧٢ .

٢٨- حامد زهران الصحة النفسية والعلاج النفسى (ط . ثالثة) القاهرة : عالم الكتب ، ١٩٧٩ .

٢٩- حسن مصطفى عبد المعطى " المشكلات النفسية لدى أبناء المطلقين " المؤتمر السنوى السادس للطفل المصرى . مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس ، القاهرة : ١٩٩٣ . ص : ٣٦٩-٩٢ .

٣٠- حسنين الكامل وعلى سليمان " السلوك العدوانى وإدراك الأبناء للاتجاهات الوالدية فى التنشئة الاجتماعية - دراسة تنبؤية . " بحوث المؤتمر السنوى السادس لعلم النفس فى مصر . (ج . ثان) الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة . ١٩٩٠ . ص : ٧٦٣-٨٨ .

٣١- حلمى المليجى " سمات شخصية ذات أهمية فى نجاح المعلم ." بحوث المؤتمر الأول لإعداد المعلمين . كلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز . جدة . صفر ١٣٩٤ هـ .

٣٢- حمدى منصور " الواقع الاجتماعى لأسر الأحداث الجانحين من الجنسين ." بحوث المؤتمر العلمى السادس (ج . أول) كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ، جامعة القاهرة . ١٩٩٣ .

٣٣- دانييل لاجاش المجمل فى التحليل النفسى (ترجمة : مصطفى زيور وعبد السلام القفاش) القاهرة : مطبعة جامعة عين شمس ، ١٩٧٩ .

٣٤- رئاسة الجمهورية دستور جمهورية مصر العربية . الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية . القاهرة ، ١٩٨٦ .

٣٥- رشدى عبده حنين " الفصام والمحيط الأسرى ." بحوث المؤتمر السنوى الثانى لعلم النفس فى مصر . الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة . ١٩٨٦ . ص : ١٦٥-٨٧ .

٣٦- رمزية الغريب أبحاث فى علم النفس . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية ، ١٩٦٠ . ص : ٧٣-٨٨ .

٣٧- ريتشارد لازاروس الشخصية . (ترجمة : سيد محمد غنيم ، مراجعة : محمد عثمان نجاتى) القاهرة : دار الشروق . ١٩٨١ .

٣٨- زكريا الشربينى المشكلات النفسية عند الأطفال . القاهرة : دار الفكر العربى ، ١٩٩٤ .

٣٩- زينب محمود شقير " أثر الحرمان المبكر من الوالدين على السلوك التكيفى والسلوك غير التكيفى للأبناء فى المراهقة ." مجلة كلية التربية ببنها ، جامعة الزقازيق . يناير ١٩٩٢ .

٤٠- سامية محمد طه دراسة مقارنة للمناخ الأسرى للعصابيين والاسوياء من طلاب المرحلة الثانوية . بحث ماجستير غير منشور ، كلية التربية بجامعة حلوان . ١٩٩٧ .

٤١- س . شيرى و ب . سايرز " تجارب على الكف الكلى للجلجة عن طريق التحكم الخارجى" (ترجمة : محمد على فراج) فى : زين العابدين درويش وآخرون . مرجع فى علم النفس الاكلينيكى . القاهرة : دار المعارف ، ١٩٨٥ .

٤٢- سعد جلال المرجع فى علم النفس (ج . أول) أسس السلوك . القاهرة : دار المعارف . ١٩٨٢ .

٤٣- سعد جلال فى الصحة العقلية ، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية . القاهرة : دار الفكر العربى . ١٩٨٦ .

٤٤- سلوى محمد عبد الباقى " الاكتئاب عند طفل القرية - دراسة حالة فى قرية أباشنا " بحوث المؤتمر السنوى الخامس للطفل المصرى (م . ثان) مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس ، القاهرة : ١٩٩٢ . ص : ٧٤٩-٧٢ .

٤٥- سهير محمود أمين عبد الله   دراسة لمدى فاعلية أسلوبى التظليل واللعب غير الموجه فى علاج حالات اللجلجة لدى أطفال المرحلة الابتدائية . بحث دكتوراه غير منشور . كلية التربية . جامعة عين شمس . ١٩٩٥ .

٤٦- سيجموند فرويد   الموجز فى التحليل النفسى (ترجمة : سامى محمود على وعبد السلام القفاش ، مراجعة : مصطفى زيور) القاهرة : دار المعارف . ١٩٧٠ .

٤٧- سيد أحمد عثمان   علم النفس الاجتماعى التربوى (ج . أول) التطبيع الاجتماعى . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٧٠ .

٤٨- سيد عبد الحميد مرسى   " دور المعلم فى التوجيه والإرشاد بالمدرسة الثانوية " بحوث المؤتمر الأول لإعداد المعلمين . كلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز ، جدة . صفر ١٣٩٤ هـ . ص : ٩٦-١١٩ .

٤٩- سيد محمد غنيم   سيكولوجية الشخصية . محدداتها ، قياسها ، نظرياتها . القاهرة : دار النهضة العربية . ١٩٧٥ .

٥٠- سينوت حليم دوس وعز الدين الدنشارى   الميلاتونين . القاهرة : رقم الإيداع ٥١١٤/ ١٩٩٦ .

٥١- صفاء غازى أحمد   فاعلية أسلوب العلاج الجماعى (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة . بحث دكتوراه غير منشور . كلية التربية . جامعة عين شمس . ١٩٩١ .

٥٢- صفوت فرج وناهد رمزى   " عودة المرأة إلى البيت بنصف أجر " تقرير الاستطلاع الثالث . المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية . القاهرة . ١٩٧٧ .

٥٣- صلاح الدين أبو ناهية   "مفهوم الذات لدى الطلبة المتفوقين والمتأخرين دراسيا فى المرحلة الإعدادية بقطاع غزة ." بحوث المؤتمر الدولى الثالث لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس (م . ثان) ديسمبر ١٩٩٦ ص : ١٠٨٥-٩٩ .

٥٤- صلاح مخيمر المدخل إلى الصحة النفسية (ط . ثالثة) القاهرة : الأنجلو المصرية ، ١٩٧٩ .

٥٥- طلعت إبراهيم لطفى " التنشئة الاجتماعية وسلوك العنف عند الأطفال ." بحوث المؤتمر العلمى السادس (ج . أول) كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ، جامعة القاهرة . ١٩٩٣ .

٥٦- طلعت منصور دراسة تحليلية للمواقف المرتبطة باللجلجة فى الكلام . بحث ماجستير غير منشور ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ١٩٦٧ .

٥٧- طلعت منصور الشخصية السوية . مجلة عالم الفكر (م . ١٣ ، ع . ٢) الكويت : وزارة الإعلام ، ١٩٨٢ ، ص : ٦٣-١٠٨ .

٥٨- عادل الأشول علم النفس الاجتماعى . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية . ١٩٧٩.

٥٩ - عادل صلاح غنايم العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية والفوبيا . بحث ماجستير غير منشور ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق . ١٩٩٣ .

٦٠- عادل عازر وآخرون ظاهرة عمالة الأطفال . المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية . القاهرة . ١٩٩١ .

٦١ - عبد الحليم محمود السيد الإبداع والشخصية .. دراسة سيكولوجية . القاهرة : دار المعارف بمصر . ١٩٧١ .

٦٢ - عبد الحميد الهاشمى " الصفات الرئيسية فى شخصية معلم المرحلة الابتدائية ." مجلة كلية التربية (ع . سادس) كلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز جدة . نوفمبر ١٩٨٠ . ص : ٤٥-٧٣ .

٦٣- عبد الرحمن سيد سليمان "دراسة مقارنة لأثر أسلوبى التحصين التدريجى واللعب غير الموجه فى تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية ." بحث دكتوراه غير منشور ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ١٩٨٨ .

٦٤ - عبد الرحمن عدس ومحيى الدين توق   المدخل إلى علم النفس (ط . ثانية) . انجلترا : چون وايلى وأبنائه ، ١٩٨٦ .

٦٥ - عبد السلام عبد الغفار   مقدمة فى الصحة النفسية . القاهرة : دار النهضة العربية . ١٩٧٦ .

٦٦ - عبد السلام عبد الغفار   التفوق العقلى والابتكار . القاهرة : دار النهضة العربية . ١٩٧٧ .

٦٧- عبد السلام عبد الغفار وإبراهيم قشقوش   "دليل تقدير الوضع الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية ." مجلة كلية التربية (م . أول) جامعة عين شمس . القاهرة . ١٩٧٨ . ص : ١-١٨ .

٦٨- عبد السلام عبد الغفار وعادل عز الدين الأشول وعبد المطلب أمين القريطى ونبيل حافظ   مظاهر إساءة معاملة الطفل فى المجتمع المصرى . القاهرة : أكاديمية البحث العلمى . شعبة العلوم الاجتماعية . إبريل ١٩٩٧ .

٦٩- عبد العزيز السيد الشخص   مدخل إلى علم النفس . القاهرة : المطبعة الفنية الحديثة . ١٩٨٥ .

٧٠- عبد العزيز الشخص   "مقياس تقدير المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية المعدل ." دراسات تربوية (م . ثالث ، ج . ١٢) رابطة التربية الحديثة ، القاهرة . مايو ١٩٨٨ . ص : ٢٣٥-٦٤ .

٧١- عبد العزيز القوصى   أسس الصحة النفسية . القاهرة : دار النهضة المصرية . ١٩٧٥.

٧٢- عبد العلى الجسمانى   سيكولوجية الطفولة والمراهقة . بيروت : الدار العربية للعلوم . ١٩٩٤ .

٧٣- عبد الفتاح دويدار " الفروق بين طلاب الجامعة من الجنسين فى التحصيل الدراسى والذكاء والقلق ومستوى الطموح ." مؤتمر التعليم فى الوطن العربى ، آفاق مستقبلية (م . ٢) رابطة التربية الحديثة . القاهرة . ٨ - ١٠ يوليو ١٩٩٠ . ص ١٠٦-٢٣ .

٧٤- عبد الله محمود سليمان "مدى توفر عوامل الابتكار فى الثقافة العربية المعاصرة ." فى : لويس مليكة قراءات فى علم النفس الاجتماعى فى الوطن العربى (م . رابع) القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ١٩٨٥ . ص : ٧٤-٩٦ .

٧٥ - عبد المطلب أمين القريطى العلاقة بين مستويات الإبداعية فى رسوم تلاميذ المرحلة الثانوية وسماتهم الشخصية وبعض العوامل الاجتماعية . بحث دكتوراه غير منشور قسم علم النفس وتكنولوجيا التعليم ، كلية التربية الفنية . جامعة حلوان . القاهرة . ١٩٨١ .

٧٦- عبد المطلب أمين القريطى "المتفوقون عقلياً .. مشكلاتهم فى البيئة الأسرية والمدرسية ودور الخدمات النفسية فى رعايتهم . " رسالة الخليج العربى (ع . ٢٨ ، س. تاسعة) الرياض : مكتب التربية العربى لدول الخليج . ١٤٠٩-١٩٨٩ . ص : ٢٩-٥٨ .

٧٧- عبد المطلب أمين القريطى مدخل إلى الصحة النفسية . القاهرة : المكتب العربى للأوفست ، ١٩٩٣ . (رقم إيداع : ٢٦٨٠ / ٩٣) .

٧٨ - عبد المطلب أمين القريطى مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال . القاهرة : دار المعارف ، ١٩٩٥ .

٧٩- عبد المطلب أمين القريطى سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم . القاهرة : دار الفكر العربى ، ١٩٩٦ .

٨٠- عبد المطلب أمين القريطى وعبد العزيز السيد الشخص مقياس الصحة النفسية للشباب (المعايير المصرية والسعودية) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية . ١٩٩٢.

٨١- عزيز حنا داود الصفات اللازمة لنجاح طلبة كليات المعلمين فى مهنة التدريس . بحث دكتوراه غير منشور ، كلية التربية بجامعة عين شمس ، ١٩٦٥ .

٨٢- علاء الدين كفافى الصحة النفسية (ط .ثالثة) القاهرة : هجر للطباعة والنشر والتوزيع والإعلان . ١٩٩٠ .

٨٣- عمر شاهين ويحيى الرخاوى مبادئ الأمراض النفسية (ط . ثالثة) القاهرة : مكتبة النصر الحديثة . ١٩٧٧ .

٨٤- فاتن على حلمى " المتغيرات الشخصية المرتبطة بالبوال اللاإرادى لدى عينة من الأطفال فى المدرسة الابتدائية " مجلة كلية التربية (ع . ١٨ ، ج ٢٠) جامعة عين شمس . ١٩٩٤ ص : ٢٤٣-٢٧٦ .

٨٥- فايز قنطار الأمومة نمو العلاقة بين الطفل والأم . سلسلة عالم المعرفة . الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب . ١٩٩٢ .

٨٦- فتحى السيد عبد الرحيم وحليم السعيد بشاى سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة (ج . ثان) الكويت : دار القلم . ١٩٨٠ .

٨٧ - فرج عبد القادر طه أصول علم النفس الحديث . (ط . ثانية) القاهرة : دار المعارف ، ١٩٩٤ .

٨٨ - فؤاد أبو حطب " تقويم المعلم أثناء الخدمة : نظرة جديدة فى مفهوم الدور " بحوث المؤتمر الأول لإعداد المعلمين . كلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز ، جدة . صفر ١٣٩٤ هـ . ص : ١٣٩-٤٨ .

٨٩- فؤاد أبو حطب وآمال صادق نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين . (ط . ثانية) القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية . ١٩٩٠ .

٩٠- فؤاد بسيونى متولى "التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات - دراسة نظرية ميدانية ." مؤتمر التعليم قبل الجامعى . كلية التربية . بجامعة طنطا . طنطا . ١٩٩٢.

٩١- فؤاد حامد الموافى " العدوانية والتسلطية لدى الأمهات وعلاقتها بعدوانية الأبناء وبعض المتغيرات الديموجرافية ." مجلة كلية التربية بالمنصورة (ع . سابع ، ج . ثان) أكتوبر ١٩٨٥ .

٩٢- كمال إبراهيم مرسى " رعاية أطفال الأسر المطلقة " بحوث المؤتمر الدولى للطفولة فى الإسلام . (م . ثان) جامعة الأزهر ، القاهرة ، ١٩٩٠ . ص : ٧٨٥-٨٠٢ .

٩٣ - كمال إبراهيم مرسى مرجع فى علم التخلف العقلى . الكويت : دار القلم . ١٩٩٦.

٩٤ - كمال دسوقى علم الأمراض النفسية . القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٧٤ .

٩٥ - كمال دسوقى ذخيرة تعريفات ومصطلحات وأعلام علوم النفس (م . أول) القاهرة : وكالة الأهرام للتوزيع ، ١٩٨٨ .

٩٦ - كمال دسوقى ذخيرة تعريفات ومصطلحات وأعلام علوم النفس . (م . ثان) القاهرة : وكالة الأهرام للتوزيع ، ١٩٩٠ .

٩٧ - لوسى يعقوب الطفل والحياة . القاهرة : الدار المصرية اللبنانية ، ١٩٩٠ .

٩٨ - لويس كامل مليكة علم النفس الاكلينيكى (ج . ١) التشخيص والتنبؤ فى الطريقة الاكلينيكية (ط . ثالثة) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ١٩٨٥ .

٩٩ - لويس كامل مليكة العلاج السلوكى وتعديل السلوك . الكويت : دار القلم ، ١٩٩٠ .

١٠٠- ليندا ل . دافيدوف مدخل علم النفس (ط . ثالثة ، ترجمة : سيد الطواب وآخرون ، مراجعة وتقديم : فؤاد أبو حطب) القاهرة : دار ماكجروهيل ، الدار الدولية للنشر والتوزيع . ١٩٨٨ .

١٠١- محمد إبراهيم عيد " مستوى القلق وعلاقته بالتحصيل الدراسى لدى طلاب المرحلتين الثانوية والجامعية . " بحوث المؤتمر الدولى الثانى لمركز الإرشاد النفسى (م . أول) جامعة عين شمس . القاهرة ٢٥ - ٢٧ ديسمبر ١٩٩٥ . ص : ٧٩-١٠٧ .

١٠٢- محمد بيومى حسن " الأحداث الجانحون وتنشئتهم الأسرية . " بحوث المؤتمر الثالث لعلم النفس فى مصر . القاهرة : الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، ١٩٨٧ .

١٠٣- محمد عماد الدين اسماعيل الطفل من الحمل إلى الرشد (ج . أول) الكويت : دار القلم ، ١٩٨٩ .

١٠٤- محمد عماد زكى تحضير الطفل العربى للعام ٢٠٠٠ . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ١٩٩٠ .

١٠٥- محمد عودة محمد وكمال ابراهيم مرسى الصحة النفسية فى ضوء علم النفس والإسلام . الكويت : دار القلم ، ١٩٨٦ .

١٠٦- محمد رياض أحمد عبد الحليم " أثر برنامج تدريبى لتنمية المعالجة المعرفية المتعاقبة والمتزامنة على الفهم القرائى لدى التلاميذ ذوى صعوبات التعلم " بحث دكتوراه غير منشور . كلية التربية جامعة أسيوط ، ١٩٩٧ .

١٠٧- محمد شحاته ربيع تارخ علم النفس ومدارسه . القاهرة : دار الصحوة للنشر والتوزيع . ١٩٨٦ .

١٠٨ - محمد شعلان الاضطرابات النفسية فى الأطفال (ج . ثان) القاهرة : مؤسسة روزاليوسف . ١٩٧٩ .

١٠٩ - محمد محروس الشناوى العملية الإرشادية . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع . ١٩٩٦ .

١١٠ - محمد محمود محمد "مدى فاعلية برنامج إرشادى فى خفض مستوى بعض المخاوف المرضية لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسى ." بحث دكتوراه غير منشور ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق . ١٩٩٥ .

١١١ - محمد نجيب الصبوة " التفكير التجريدى والإبداعى لدى مرتفعى القلق ومنخفضيه من طلاب الجامعة " المجلة المصرية للدراسات النفسية (ع . ٨٠) الجمعية المصرية للدراسات النفسية : القاهرة ، إبريل ١٩٩٤ . ص : ١٧-٤٥ .

١١٢ - محى الدين حسين وآخرون " أساليب تنشئة الأسر المصرية لفتياتها الجامعيات وعلاقتها بسلوكهن العدوانى واتجاهاتهن التسلطية ." فى : لويس مليكة : علم النفس الاجتماعى (م . رابع) القاهرة : الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٨٥ . ص :٩٧-١١٤

١١٣- مرزوق عبد المجيد مرزوق " عمل الأم والسلوك الانفعالى للأبناء فى مرحلة الطفولة . " بحوث المؤتمر الدولى للطفولة فى الإسلام . (م . ثان) جامعة الأزهر ، القاهرة . ١٩٩٠ . ص : ٨٦٩-٩٠٦ .

١١٤ - مصطفى خليل الشرقاوى علم الصحة النفسية . بيروت : دار النهضة العربية ، ١٩٨٣ .

١١٥- مصطفى عبد القادر وعلى الشخيبى " التسرب كمشكلة اجتماعية فى المجتمع المصرى - دراسة ميدانية . " بحوث المؤتمر الدولى الحادى عشر للإحصاء والحسابات العلمية والبحوث الاجتماعية والسكانية ، جامعة عين شمس . القاهرة . ١٩٨٨ .

١١٦- مصطفى فهمى أمراض الكلام (ط . خامسة) القاهرة : مكتبة مصر ، ١٩٨٥.

١١٧- مصطفى محمد كامل " دراسة تجريبية لأثر التفاعل بين أساليب العقاب والمستوى الاجتماعى الاقتصادى للتلاميذ على التحصيل فى الحساب . " مجلة علم النفس (ع . ثامن) الهيئة المصرية العامة للكتاب . ١٩٨٨ . ص : ٨٧-٩٨ .

١١٨- ملك محمود الطحاوى " خروج المرأة للعمل وأثره على رعاية الطفل - دراسة ميدانية . " بحوث المؤتمر السنوى الثانى للطفل المصرى . مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس ، القاهرة . ١٩٨٩ .

١١٩- ممدوحة سلامة " عمل الأم وحجم الأسرة والمستوى الاجتماعى الاقتصادى كمحددات لإدراك الأطفال للدفء الوالدى . " مجلة علم النفس (ع . رابع) القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . القاهرة ١٩٨٧ . ص ٥٨-٦٨ .

١٢٠- ممدوحة سلامة " علاقة حجم الأسرة بالاعتمادية والعدوانية لدى الأطفال . " مجلة علم النفس (ع . رابع عشر) القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ١٩٩٠ . ص : ٣٤-٤٢ .

١٢١- منظمة الصحة العالمية الاضطرابات الاكتئابية فى الثقافات المختلفة . جنيف ١٩٨٣ (الطبعة العربية ١٩٨٦) .

١٢٢- نجيب اسكندر ومحمد عماد اسماعيل الاتجاهات الوالدية فى تنشئة الطفل . القاهرة : دار المعرفة ، ١٩٥٩ .

١٢٣- نعمات عبد الخالق السيد " استجابة المراهق لضغوط الأقران لأداء السلوك المضاد للمجتمع وعلاقته بغياب الأب . " بحوث المؤتمر الدولى الثالث للإرشاد النفسى بجامعة عين شمس (م . ثان) ديسمبر ١٩٩٦ . ص : ١٠٥٦-١٠٨٣ .

١٢٤ - نيفين زيور " دراسة متعمقة فى ديناميات التبول الليلى اللاإرادى " مجلة علم النفس (ع . عاشر) القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ابريل - مايو - يونية ١٩٨٩ . ص : ٧-٢٣ .

١٢٥ - هول ، ك . ولبندزى ، ج نظريات الشخصية (ط . ثانية ، ترجمة : فرج أحمد فرج وآخرون ، مراجعة : لويس كامل مليكة) الكويت : دار الشايع للنشر . ١٩٧٨ .

١٢٦ - يوسف عبد الفتاح محمد " مكونات العلاقة بين اتجاهات الأمهات فى التنشئة الاجتماعية كما يدركها الأبناء وشخصياتهم . " بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس فى مصر . الجمعية المصرية للدراسات النفسية . القاهرة ، ١٩٨٩ ص : ١٤٠-٧٢ .

١٢٧ - يوسف عبد الفتاح محمد "بعض مخاوف الأطفال ومفهوم الذات لديهم ." مجلة علم النفس (ع . ٢١) القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ١٩٩٢ .

١٢٨ - وفاء محمد فضلى " العوامل الاجتماعية المؤثرة فى أمهات الأطفال المضطربين نفسياً ." بحوث المؤتمر العلمى السادس (ج . أول) كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ، جامعة القاهرة . ١٩٩٣ .

ثانياً : مراجع باللغة الانجليزية :

129- Allport , G. Pattern and Growth in Personality . N.Y. : Holt, Rinehart and Winston, 1961 .

130- Awgawal , Geeta & et al "Maternal Child - Rearing Attitude and Behavioral Problems among Children." Child Psych. Quart . 1982 . V.12 , pp 61-72 .

131- Bowlby , J . Child Care and the Growth of love . London , 1959 .

132- Bratcher , W . E Parental Relationship Styles and Child Behavior Problems . Diss . Abs . Int . 1986 , V. 47 , N . 5 . p . 1653 .

133- Coleman J . & Broen , W. Abnormal Psychology and Modern Life (4th ed) London : Scott Foresman and Co. , 1972 .

134- Drever , J. A Dictionary of Psychology . London : Penguin Books . 1974 .

135- Erickson , E.H. Childhood and Sociaty . N.Y. : Norton , 1950 .

136- Erickson , E.H. Identity : Youth and Crisis . N.Y. : Norton , 1968 .

137- Eysenk , H.J. The Structure of Human Personality . London : Methuen , 1970 .

138- Feldman , R.S. Understanding Psychology . N.Y. McGraw - Hill Book Company , 1987 .

139- Felker,K. Stivers , C. The Relationship of Gender and Family Environment to Eating Disorder Risk in Adolescents . Adolescence , V.29 , N.116 . Win . 1994 . p. 821 - 34 .

140- Haapasalo, J. & Jaana, T . & Richard, E. Physically Aggressive Boys From 6 to 12 : Family Bockground , Parenting Behavior and Prediction of Delinquency . J. of Consulting and Clinical Psychology . V.62, N. 5. Oct . 1994 . pp 1044-52 .

141- Hillard , J.R. Reactions of College Student to Parental Divorce . Psychiatric Annals. 1984 , V. 14, N.9, pp. 663 - 70 .

142- Hinshow, S . Externalizing Behavior Problems and Academic Underachievement in Childhood and Adolesence : Causal Relationships and underlying Mechanisms . Jour . of Psycho . Bulletin . Vol . 3. No . 1 . 1993 , pp. 127 - 155 .

143- Hothessall , D. Psychology (6th . ed) U.S.A. Ohio : 1982 .

144- Hunt , N. & Marshall, K. Exceptional Children and Youth , an Introduction to Special Education . Boston : Houghter Mifflin Company . 1994 .

145- Jahoda , Mair Current Concepts of Positive Mental Health. N.Y. : Basic Books , 1958 .

146- Jerome , K.& Ernest , H. Psychology : An Introduction (5th. ed) N.Y. : Harcourt Brace & World , Inc . 1986 .

147- Kohlberg,L. Stage and Sequence : The Cognitive Developmental Approach to Socialization . In : D. Goslin (Ed.) Handbook of Socialization Theory and Research . Chicago : Rand McNaily , 1969 .

148- Kohlberg, L. Moral Stage and Moralization . The Cognitive Developmental Approach . In : T. Linkona (Ed.) Moral Development and Behavior . N.Y. : Holt , Rinehart & Winston , 1976 .

149- Koroki , J. & Chesney , L. Interview with Female Delinquents in Hawaii . Hawaii Univ . Manoa : Youth Development & Research Center . Oct . 1985 .

150- Leads University . Instit . of Education , The Objectives of Teacher Education . London : N F E R . 1973 .

151- Learner , J . W . Learning Disabilities , Theories , Diagnosis and Teaching Strategies . Dallas : Houghton Miffin Company , 1993 .

152- Lopez , F.G, Thurman , C.W. High - Trait and Low - Trait Angry College Students : A Comparison of Family Environments . J. of Counseling and Development , v.71 , N.5. May - Jun . 1993 , pp. 524 - 27 .

153- Mackinnon , D.W. The Personality Correlates of Creativity : A Study of American Architects . In : P . E . Vernon (Ed.) Creativity . England : Benguin Books Ltd . 1975 , pp. 289 - 311 .

154- Maslow , A . H . Motivation and Personality . N . Y . : Harper & Brothers . 1954 .

155- McHale , Susan , and Others Congruence Between Mothers and Fathers Differential Treatment of Sibblings Links with Family Relations and Children's Well - Being . Child Development , V.66 , N.I. Feb. 1995 . pp. 116-28 .

156- Mischel,W. Introduction to Personality (4th ed) C B S Publishing : N.Y. 1986 .

157- Morgan , K . Introduction to Psychology (5th ed) N.Y. McGraw - Hill Book Company . 1988.

158- Ollendick , T. & King, N. Origins of Childhood Fears , An Evaluation of Rachman's Therapy of Fear Acquisition . Behavior Research and Therapy . Vol. 29, No.2. 1991. pp. 117 - 123 .

159- Phares , E.J. Introduction to Personality (3rd ed) N.Y. : Harper Collins Publishers Inc. 1991 .

160- Pirog , G, Maureen , A. The Family Background and Attitudes of Teen Fathers . Youth & Society , V.26, N3 , Mar . 1995. pp. 351-76 .

161- Resick , P.A & Rees, D. Perception of Family Social Climate and Physical Aggression in the Home . J. of Family Violence 1986 V.I , N . I . pp. 71-83 .

162- Rogers, C. Cliented - Centerd Therapy , It's Current Practice, Implications and Theory . Boston : Houghton Mifflin , 1951.

163- Rogers, C. On Becoming a Person : A Therapist's View of Psychotherapy . Boston : Houghton , Mifflin , 1961 .

164- Schaefer , C . E. & Anastasi , A . A Biographical Inventory for Identifying Creativity in Adolescent Boys. J. of App. Psycho. 1968. V.52 . N.I .

165- Sledden , E. Variables Influencing the Development and Maintenance of fear in Children . Diss . Abs . Inter . Vol . 47 , No. 8. 1987 . p. 1059 .

166- Spielberger , C . D & Mayer, W . G. Manifest Anxiety in Intelligence and College Grades . Psycho. Abs . , 51 , 1974 .

167- Spielberger C.D. "Anxiety : State - Trait Process ." In : C.D. Spielberger & L. G. Sarson (Eds) Stress and Anxiety (V.I) Washington : D.C. Hemisphere, 1975 .

168- Stagner , R. Psychology of Personality . (3rd. ed.) N.Y. : McGraw Hill , 1961 .

169- World Health Organization . Manual of the International Statistical Classification of Diseases Injuries (10th. Rev.) 1990 .

